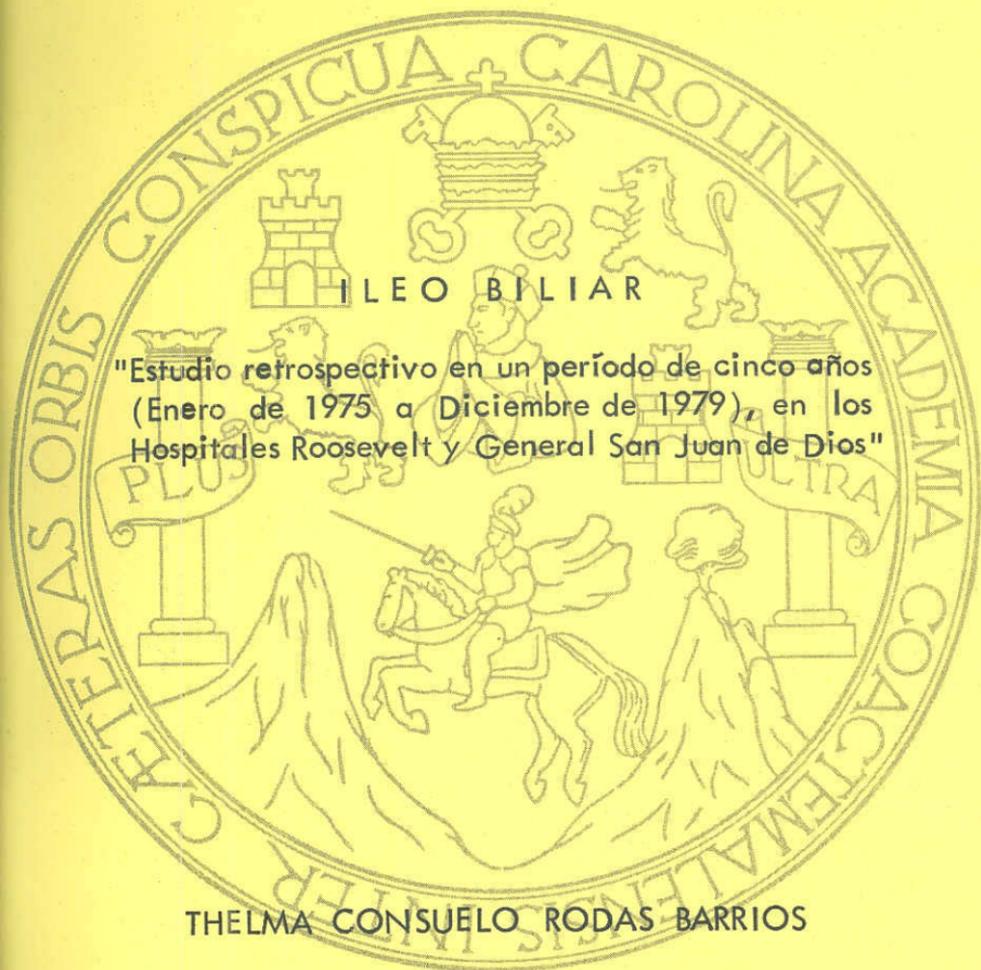


UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS



GUATEMALA, MAYO DE 1980

CONTENIDO

INTRODUCCION

OBJETIVOS

MATERIAL Y METODOS

CONSIDERACIONES GENERALES

A- ANATOMIA MACROSCOPICA

B- FISIOPATOLOGIA

C- DIAGNOSTICO

D- TRATAMIENTO

ANALISIS E INTERPRETACION DE RESULTADOS

DISCUSION

CONCLUSIONES

RECOMENDACIONES

BIBLIOGRAFIA

INTRODUCCION

El Ileo Biliar como una de las causas de Obstrucción intestinal suele ser una patología poco frecuente en personas adultas alrededor de la sexta y séptima década y puede ser factible su diagnóstico pre-operatorio en pacientes con historia de Colecistitis Crónica y Litiasis Vesicular y que presentan el cuadro de obstrucción intestinal súbita.

El presente trabajo tiene como finalidad demostrar la incidencia de Ileo Biliar en los Hospitales Roosevelt y General San Juan de Dios por medio de un estudio retrospectivo de cinco años (1o. de Enero de 1975 al 31 de Diciembre de 1979).

Tomándose como fuente de datos los archivos de los hospitales antes mencionados correlacionando en cada caso en particular la impresión clínica de ingreso, estudios de gabinete de laboratorio, con lo que se tratará de establecer un patrón para el diagnóstico y tratamiento temprano de esta patología.

OBJETIVOS

GENERALES:

- Estudiar las características clínicas, evolución, diagnóstico, en pacientes con problemas de Ileo Biliar en los hospitales Roosevelt y General San Juan de Dios.
- Identificar factores que sugieran la necesidad de efectuar modificaciones en el Diagnóstico y Tratamiento de estos pacientes.
- Conocer la incidencia y porcentaje de Ileo Biliar en este período.

ESPECIFICOS:

- Identificar las características clínicas de los pacientes con Ileo Biliar
- Conocer la evolución de la enfermedad.
- Determinar la morbilidad de pacientes con Ileo Biliar.
- Determinar la Mortalidad de pacientes en el presente estudio.

MATERIAL Y METODOS

MATERIAL:

En el presente estudio se incluyen a todos los pacientes operados con diagnóstico de Ileo Biliar en los Hospitales Roosevelt y General San Juan de Dios en el período comprendido del 1o. de Enero de 1975 al 31 de Diciembre de 1979. Así como el tipo de estudio previo a la realización del tratamiento.

METODO:

(Inductivo - Deductivo)

- a- búsqueda de los casos en los archivos
- b- selección de casos
- c- clasificación por entidades
- d- clasificación de datos
- e- análisis y evolución de resultados
- f- cuadros estadísticos de resultados
- g- presentación de datos
- h- conclusiones y recomendaciones.

RECURSOS:

Humanos.

- a- Médico Asesor
- b- Médico Revisor
- c- Personal de sala de operaciones
- d- Personal del departamento de estadística y archivos
- e- Secretarias
- f- Laborantes de Imprenta y encuadernación.

VESÍCULA BILIAR:

Es un recipiente membranoso, situado en la fosa cística, en la cara inferior del hígado y a la derecha del lóbulo cuadrado. Es alargado y piriforme, con su extremidad más ancha dirigida hacia adelante y hacia abajo. Tiene una longitud de diez centímetros. Su capacidad es de sesenta centímetros cúbicos en distensión media fisiológica.

Relaciones. Para estudiar sus relaciones, se distinguirá el fondo, el cuerpo y el cuello.

El fondo corresponde a la escotadura cística poniéndose en contacto con la pared abdominal.

El cuerpo posee una cara superior, en relación directa con la cara inferior del hígado, al que se une por una capa de tejido conjuntivo; y una cara inferior convexa, cubierta por el peritoneo que la fija a la cara inferior del hígado. Por intermedio de esta hoja peritoneal se relaciona con la parte superior de la segunda porción del duodeno y a veces con la primera. Muy a menudo, por las desviaciones que sufre se pone en relación con la primera porción del duodeno y con el píloro, o bien, con el colon ascendente, y más raras veces con la cara anterior del riñón derecho.

El cuello está acodado sobre el cuerpo, con el que forma un ángulo abierto hacia adelante, en donde se encuentra un ganglio linfático. Tiene forma ampular y se continúa en su extremidad inferior con el conducto cístico. El cuello de la vesícula corresponde a la rama derecha de la vena porta

por arriba, y por abajo está en relación con el ángulo que forma la primera y la segunda porción del duodeno.

Constitución Anatómica. La vesícula biliar está formada por una capa serosa peritoneal que recubre su cara inferior y su fondo; Una capa fibrosa en su cara interna; la capa más interna o capa mucosa que se halla plegada en todas las direcciones por salientes que limitan aréolas polimorfas, cubiertas por una mucosa amarillenta o verdosa de epitelio cilíndrico que descansa en un corion conjuntivo, donde caminan los vasos sanguíneos. En la mucosa se encuentran multitud de criptas y gran cantidad de glándulas que elaboran grasa y coles-terina. Estas son abundantes en el cuello, aunque se hallan diseminadas por toda la pared, y reciben el nombre de glándulas de Luschka.

Vasos y Nervios. Recibe sangre arterial de la arteria cística rama de la hepática, que se bifurca por atrás del conducto cístico, emite una rama derecha y otra izquierda y llega a los bordes correspondientes de la vesícula, distribuyéndose en sus paredes.

Las venas se originan en los capilares y constituyen un grupo superficial, las venas de la cara superior o venas profundas se introducen en el parénquima hepático para desempeñar el papel de venas portas accesorias. Los linfáticos tienen su origen en la capa mucosa, donde forman conductos que abordan la cara inferior de la vesícula. Aquí se anastomosan con los linfáticos del hígado y forman troncos que van a desembocar al ganglio cístico y a los ganglios del surco transverso.

Los nervios son motores, procedentes del neumogástrico por intermedio del plexo solar, e inhibidores, derivados del simpático por el esplácnico mayor.

CONDUCTO CISTICO:

Se extiende del cuello de la vesícula biliar a la parte inferior del conducto hepático con el cual se une para iniciar el conducto colédoco. Mide tres centímetros de longitud y tiene un calibre de tres milímetros. Interiormente lleva varios repliegues que se llaman válvulas de Heister y poseen forma semilunar, ocupan la mitad o el tercio del conducto, presentan en ocasiones una válvula en su desembocadura a la que algunos dan el nombre de válvula terminal.

CONDUCTO COLEDOCO:

Se halla comprendido entre la confluencia de los conductos hepáticos y cístico y la segunda porción del duodeno. Tiene siete u ocho centímetros de longitud, por dos o tres milímetros de diámetro y se distinguen en él una porción supraduodenal, otra retroduodenal, un segmento pancreático y una última porción intraparietal. Desciende entre las dos hojas del epiplón menor, pasa por detrás de la primera porción del duodeno, cruza de adentro afuera la cabeza del páncreas y se introduce en la pared interna del duodeno para desembocar en él.

Relaciones. Su porción supraduodenal mide de uno y medio hasta tres centímetros pero también puede faltar cuando la confluencia de los conductos císticos y hepático se hace muy abajo. Está en relación por atrás y adentro con la vena porta; por dentro, con la arteria hepática y con uno o dos ganglios linfáticos contenidos junto con el conducto, entre las dos hojas peritoneales del epiplón menor.

La porción retroduodenal corresponde por delante a la

cara posterior de la primera porción del duodeno, a la cual cruza para llegar a la cabeza del páncreas, teniendo la vena porta por dentro y algunos ganglios linfáticos por fuera y atrás de él. Por su parte posterior corresponde a la vena cava inferior y a la lámina fiboconjuntiva que recibe el nombre de lámina de Treitz. Su cara anterior está cruzada por la arteria gastroduodenal y a veces sólo por la pancreático-duodenal derecha superior. En esta porción el conducto se separa de la vena porta y forma un triángulo de base inferior, donde se encuentra el tubérculo duodenal del páncreas y la arteria gastroduodenal, que en este lugar emite la pancreático-duodenal derecha.

Porción pancreática. En esta parte el conducto colédoco esculpe su trayecto en el tejido pancreático, en el cual penetra más a medida que descende, pues tiene tendencia a aproximarse a su cara anterior. Adquiere tan íntima adherencia con la glándula, que es necesario cortar el tejido pancreático para descubrirlo. Sus relaciones con esta glándula se hacen por medio de la fascia de Treitz y por intermedio de ella se pone también en relación la vena cava inferior.

Porción intraparietal. Es la porción intersticial del colédoco que aborda a la segunda porción del duodeno, al que atraviesa oblicuamente de arriba abajo y de adentro afuera, va a desembocar en la ampolla de Vater, la cual tiene forma más o menos cónica y se halla cubierta por el repliegue mucoso de una válvula connivente.

El conducto colédoco desemboca con el conducto de Wirsung en la base de la ampolla de Vater. Esta comunica con la cavidad intestinal por medio de un orificio circular o elíptico, abierto en un saliente más o menos cilíndrico que forma la carúncula del duodeno, en la parte más posterior de dicha cara.

De la parte inferior de la carúncula, se desprende un repliegue mucoso que se pierde insensiblemente en la pared del duodeno y al que se le ha dado el nombre de freno de la carúncula.

Estructura de los Conductos Hepático, Cístico y Colédoco. Es tan compuestos por una capa externa, que a su vez se halla constituida por una capa fibroconjuntiva externa y una capa de fibras musculares lisas internas; esta capa muscular alcanza su mayor espesor al nivel de la ampolla de Vater. La capa interna es una mucosa constituida por epitelio cilíndrico, donde se encuentran criptas y glándulas.

Al nivel de la ampolla de Vater, las fibras musculares se condensan, formando un anillo que desempeña el papel de esfínter del colédoco y recibe el nombre de esfínter Oddi.

ILEO BILIAR

Dentro de las obstrucciones mecánicas del intestino, las que son producidas por cálculos biliares les corresponde entre el 1-3%. Existe un aumento de la incidencia de esta patología en pacientes arriba de los 65 años.

La presencia de los cálculos biliares en el ileon es una complicación que le corresponde un porcentaje entre 0,3 a 0,5 por ciento de todas las causas de coledocitis.

El paciente típico con cálculos biliares está comprendido dentro de la sexta y séptima década de la vida y como promedio 63 años. El sexo más afectado es el femenino a razón de 10:1, y la raza más afectada es la caucásica.

Dentro de las patologías que se encuentran asociadas a casos de cálculos biliares, tenemos diabetes mellitus, hipertensión, enfermedades cardiovasculares, enfermedades pulmonares, obesidad.

FISIOPATOLOGIA:

Las piedras (cálculos biliares) se originan en la vesícula, aunque se han reportado casos de cálculos en ausencia de vesícula. La obstrucción es producida cuando las piedras entran en el tracto gastrointestinal, usualmente debido a la formación de una fístula colecisto entérica; esta fístula se encuentra localizada entre la vesícula y el duodeno. Por medio de esta fístula la piedra penetra en el tracto gastrointestinal pudiendo seguir varios caminos; se puede impactar a nivel de la válvula ileosecal causando una obstrucción intestinal me

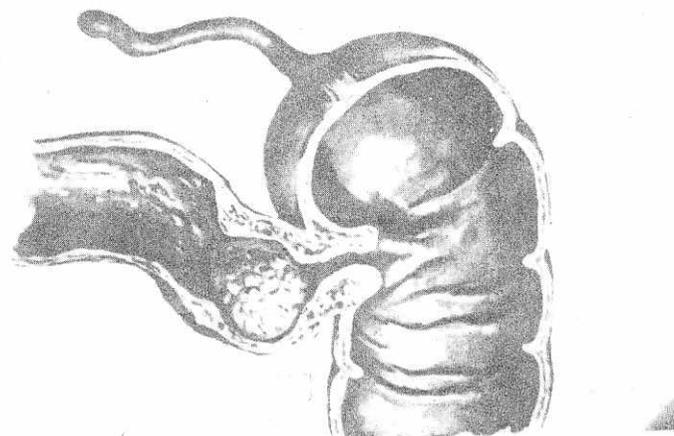
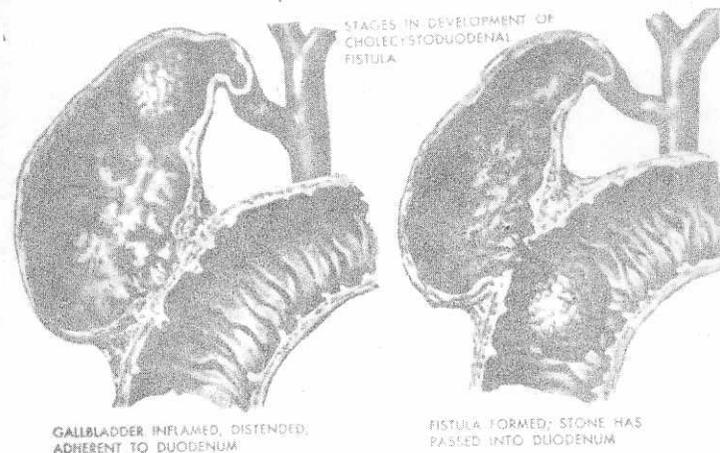
cánica, se considera que menos de la mitad de piedras que penetran en el intestino son causantes de un cuadro de obstrucción intestinal.

Existen reportes que indican que cálculos menores de 2.5 centímetros usualmente pasan espontáneamente, pero se considera que esto es relativo ya que cálculos menores de este diámetro han causado cuadro de obstrucción intestinal, y cálculos mayores hasta de cinco centímetros han pasado sin ningún problema y han sido excretados con las eses (6).

Existe un caso reportado por Grayturner en el cual se encontró el cálculo más grande que ha causado obstrucción teniendo un diámetro de 17.7 centímetros (6).

El sitio de obstrucción es generalmente la parte alta del íleon terminal esto se debe a que esta región es la parte más estrecha del intestino delgado. Como consecuencia de la impacción del cálculo en el tracto intestinal existen marcadas pérdidas de líquidos y electrolitos. Al existir una obstrucción alta es característico que el paciente presente vómitos de bilis. Cuando existe la obstrucción ilial se presentan vómitos fecaloideos y distensión abdominal.

Existen también complicaciones tales como perforación intestinal la cual nos va a dar un cuadro de fiebre, dolor abdominal agudo (abdómen agudo) lo cual hace necesario un tratamiento quirúrgico de emergencia. Aproximadamente la mitad de los pacientes con ilio biliar tienen antecedentes de enfermedades biliares.



FOTOGRAFIA No. 1. y 2

FISIOPATOLOGIA DE LA FORMACION DE
LA FISTULA
COLECISTODUODENAL

(NETTER.)

CUADRO CLINICO:

Como se describió anteriormente los pacientes que presentaban un cuadro obstructivo debido a ilio biliar se encuentran entre la sexta y séptima década de la vida.

Los síntomas frecuentes referidos por los pacientes son:

- Dolor abdominal
- Náusea y vómitos
- Distensión abdominal
- Constipación
- Anorexia

Los casos reportados por la literatura indican que el tiempo de aparición de los síntomas y la necesidad del paciente en urgencia de tratamiento médico es de aproximadamente cinco días.

Hay que tener siempre presente la historia anterior de enfermedades de la vesícula biliar, en pacientes obesos con signos de obstrucción intestinal progresiva sin historia de operaciones anteriores sugiere fuertemente la presencia de cálculos biliares máxime si existe una historia clínica de enfermedad biliar.

Al examen físico del paciente con problemas de obstrucción intestinal por cálculos biliares, es particularmente difícil por la distensión abdominal presente, por la defensa muscular, deshidratación y obesidad.

DIAGNOSTICO:

Debe de tenerse muy en cuenta para establecer el diagnóstico una historia anterior de colecistitis, en pacientes que hayan iniciado un cuadro súbito de obstrucción intestinal.

Los estudios de laboratorio no son específicos pero reflejan deshidratación y desequilibrio hidroelectrolítico.

Las placas exploratorias son de mayor importancia en el establecimiento de un diagnóstico. Existen cuatro signos Roentgenográficos descritos por Riegler y Borman a saber (10):

- 1- Aire en el árbol biliar el cual se diagnostica preoperatoriamente.
- 2- Evidencia de obstrucción parcial o completa.
- 3- Visualización directa o indirecta del cálculo obstructor en estudio radiológico con medio de contraste.
- 4- Cambio de posición de un cálculo anteriormente observado.

TRATAMIENTO:

El tratamiento es básicamente quirúrgico, debiendo de corregirse primeramente el desequilibrio hidroelectrolítico. La mayor parte de autores recomienda solo una enterolitotomía en el tratamiento quirúrgico inicial de aproximación al cálculo biliar.

Varios autores recomiendan enterolitotomía y colecistectomía con remoción del cálculo cuando es palpado en la ve-

sícula. Se considera que la cirugía biliar adicional al momento de una laparatomía inicial es imprudencia, muchos autores están de acuerdo con que se realice una colecistectomía y reparación de la fístula colesistoduodenal en un segundo tiempo tan pronto como sea posible luego de la operación inicial (3).

Algunos autores han abogado por una aproximación más agresiva a los cálculos biliares, esto incluye colecistectomía y reparación de la fístula en conjunción de enterolitotomía para la obstrucción en el tratamiento inicial.

Como complicaciones post-operatorias se ha encontrado recidiva de la obstrucción intestinal secundaria a la formación de nuevos cálculos.

También se ha descubierto la presencia de carcinomas de la vesícula. Berliner y Benson (3) afirman que entre más tiempo el paciente sobrevive con una fístula entérica mayor es el peligro de un desarrollo de carcinoma de la vesícula. Otra secuela indeseable de una fístula lo constituye la colangitis, su incidencia en una fístula colesistoduodenal ha sido reportada tan alto como el 11%.

Complicación reportada como resultado de fístula colesistocolónica comprende el 14% (4) de todas las fístulas biliares, han incluido pérdida de peso (relacionado con el síndrome de mala absorción), colangitis y un empiema de la vesícula con una perforación fatal. Cualquiera que sea el procedimiento quirúrgico utilizado la infección de la herida operatoria es la más frecuente complicación post-operatoria.

La probabilidad de infección de la herida post-operatoria es alta teniendo en cuenta la obesidad de estos pacientes

combinada con la inevitable contaminación consiguiente del intestino obstruido.

FISTULAS ENTEROBILIARES ESPONTANEAS:

Las fistulas más conocidas que se producen causantes posteriormente de ilio biliar son colecistoduodenal, colecistocólica y colecistogástrica.

Las fistulas enterobiliares no presentan un cuadro clínico característico y la mayoría de éstos casos se presentan por los síntomas producidos por enfermedades de la vesícula biliar. En una pequeña proporción de casos, los síntomas se presentan por la fistula en sí, y los pacientes pueden presentar obstrucción intestinal, diarrea severa, pérdida de peso, hemorragia gastrointestinal o colangitis ascendente. Es sorprendente que éste último fenómeno no ocurra frecuentemente, aun en pacientes con fistula colecistocólica y a pesar de cultivos de la bilis, esto se puede explicar porque además de la presencia de bacterias en los ductos biliares un prerequisite para el desarrollo de la colangitis ascendente es algún grado de obstrucción en la salida de la bilis.

La aparición de diarrea severa en pacientes con fistulas colecistocólicas es también un fenómeno raro y su aparición depende de la suficiente comunicación fistocólica para que un gran volumen de bilis pueda pasar al intestino grueso.

La aparición de hemorragia masiva con una fistula entéricobiliar es un fenómeno raro y resulta de la erosión de un vaso sanguíneo por una piedra biliar. La mayoría de estas hemorragias ocurren en pacientes con una fistula colecistoduodenal, pero los casos de hemorragia masiva también se reportan en fistula colecistocólicas (4).

ANALISIS E INTERPRETACION DE RESULTADOS

Para la realización de este estudio se efectuó una investigación siguiendo el método retrospectivo, de un período de cinco años comprendido del 1o. de Enero de 1975 al 31 de Diciembre de 1979 en base a expedientes médicos con diagnóstico de Ileo Biliar, los cuales se encuentran en los departamentos de los registros médicos de los Hospitales Roosevelt y General San Juan de Dios de esta Capital, tomando como parámetros edad del paciente, sexo, ocupación, tiempo en que se realizó el tratamiento, técnica quirúrgica utilizada.

Después de revisar los expedientes de los hospitales Roosevelt y General San Juan de Dios. Se detectaron 6 casos en el hospital Roosevelt y ninguno en el hospital General.

CUADRO No. 1
EDAD DEL PACIENTE

EDAD	No. PACIENTES	PORCENTAJE
0 - 15 años	0	0.00
16 - 30 años	0	0.00
31 - 45 años	1	16.66
46 - 60 años	1	16.66
61 - 75 años	2	33.33
76 ó más	2	33.33
TOTAL	6	100.00

Podemos observar en el cuadro anterior que la incidencia de Ileo Biliar se presentan de los 45 años en adelante; siendo mayor a partir de la sexta década en adelante.

CUADRO No. 2

SEXO DEL PACIENTE

Sexo	No. Pacientes	Porcentaje
Femenino	6	100.00
Masculino	0	00.00
TOTAL	6	100.00

En la revisión efectuada encontramos que el sexo femenino predominó correspondiéndole el 100.00 porciento.

CUADRO No. 3

OCUPACION DEL PACIENTE

Ocupación	No. Pacientes	Porcentaje
Oficios Domésticos	6	100.00
Otras Ocupaciones	0	00.00
TOTAL	6	100.00

El cuadro anterior nos demuestra que las ocupaciones de los casos encontrados es la misma.

CUADRO No. 4

TIPO DE TRATAMIENTO INICIAL

Tipo de Tx Inicial.	No. Pacientes	Porcentaje
Enterolitotomía	4	66.66
Enterolitotomía + Resecc. Int. y Anast T.T.	1	16.66
Movilización del Cálculo hacia ciego	1	16.66
TOTAL	6	100.00

En lo que corresponde al tratamiento recibido por las pacientes con Ileo Biliar el 66.66 porciento como lo demuestra el cuadro anterior se les efectuó Enterolitotomía, siguiendo en frecuencia la enterolitotomía mas resección intestinal y anastomosis término terminal en un 16.66 porciento y la Movilización del cálculo hacia el ciego en otro 16.66 porciento. Solo uno de los seis casos de Ileo Biliar fué intervenido en un segundo tiempo efectuando colecistectomía y reparación de la fístula colecisto-duodenal.

CUADRO No. 5

DIAGNOSTICO DE INGRESO

Dx. de Ingreso	No. Pacientes	Porcentaje
Colecistitis Crónica	2	33.33
Obstrucción Intestinal	4	66.66
Otro	0	00.00
TOTAL	6	100.00

En el cuadro No. 5 podemos ver que el 66.66 por ciento del diagnóstico de Ingreso le corresponde a obstrucción intestinal y el 33.33 por ciento a Colecistitis Crónica y Litiasis Vesicular.

CUADRO No. 6

DIAGNOSTICO PREOPERATORIO

Dx. Preoperatorio	No. Pacientes	Porcentaje
Obstrucción Intestinal	3	50.00
Ileo Biliar	3	50.00
Otro	1	00.00
TOTAL	6	100.00

En este cuadro el diagnóstico preoperatorio corresponde en un 50.00 por ciento a Obstrucción Intestinal y el otro - 50.00 por ciento a Ileo Biliar.

CUADRO No. 7

SIGNOS RADIOLOGICOS

Signos Radiológicos	No. Pacientes	Porcentaje
Obstrucción Intestinal	5	83.33
Sin Radiografía	1	16.66
TOTAL	6	100.00

CUADRO No. 8

SIGNOS RADIOLOGICOS

Signos Radiológicos	No. Pacientes	Porcentaje
Aire en vías Biliares-Obstruc. Int.	2	33.33
Obstrucción Intestinal	3	50.00
Sin Radiografía	1	16.66
TOTAL	6	100.00

Como se puede ver en los cuadros números 7 y 8, se revisaron radiografías de todos los casos encontrándose únicamente las placas correspondientes a cinco casos, todos presentaban signos de obstrucción intestinal y dos de ellos con presencia de aire en el árbol biliar además de signos de obstrucción intestinal.

CUADRO No. 9

COMPLICACIONES POST-OPERATORIAS

Complicaciones Post. Op.	No. Pacientes	Porcentaje
Infección de herida operatoria	4	66.66
Ileo Paralítico	1	16.66
Ninguna	1	16.66
TOTAL	6	100.00

En la gráfica número 9 se citan las diferentes complicaciones encontradas, reportando lo siguiente: En un 66% infección de la herida operatoria y 16.66% correspondiente a ileo paralítico y ninguna complicación respectivamente.

CUADRO No. 10

MORTALIDAD

Condición de Egreso	No. Pacientes	Porcentaje
Vivos	6	100.00
Muertos	0	00.00
TOTAL	6	100.00

Al desarrollar el presente trabajo se pudo comprobar que en esta entidad clínica no se presentó ninguna muerte del grupo de pacientes estudiados como se demuestra en el cuadro anterior correspondiéndole a un 100.00 por ciento.

CUADRO No. 11

DIAS DE ESTANCIA

Días de Estancia	No. Pacientes	Promedio
13	1	25.6
28	1	
19	1	
60	1	
12	1	
21	1	25.6
153	6	

En el cuadro anterior podemos ver el número de días de estancia por paciente siendo el promedio de días de 25.6.

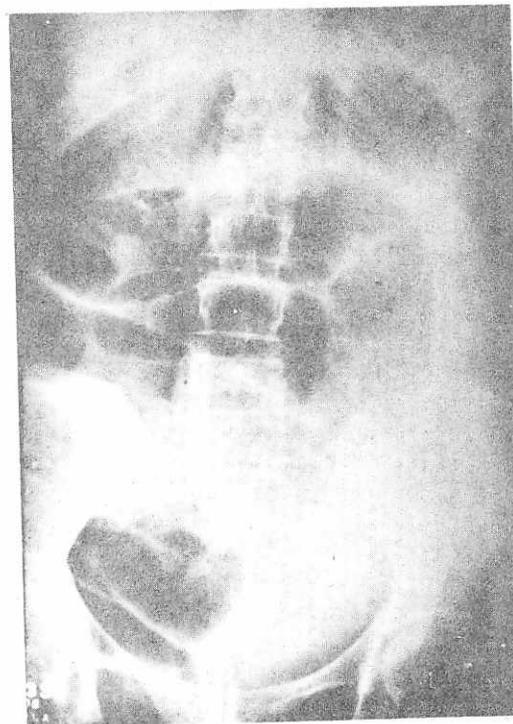


FOTO No. 3 OBSTRUCCION INTESTINAL



FOTO No. 4 OBSERVACION DE CALCULO



FOTO No. 5. OBSERVACION DE CALCULO

CONCLUSIONES

La edad de los pacientes que presentaron Ileo Biliar oscila dentro de la sexta y séptima década de la vida, lo que confirma lo reportado en la literatura.

RECOMENDACIONES

El sexo femenino predominó en los seis casos encontrados correspondiéndole a un 100.00 por ciento.

La obstrucción intestinal fué el diagnóstico de Ingreso en un 66.66 por ciento.

El tipo de tratamiento fue quirúrgico efectuando enterolitotomía en cuatro de los seis pacientes.

En el diagnóstico Preoperatorio correspondió el 50.00 por ciento a Ileo Biliar y el 50.00 a Obstrucción Intestinal.

Solo uno de los seis casos de Ileo Biliar fué intervenido en un segundo tiempo efectuando colecistectomía y reparación de la fístula colecistoduodenal.

Es posible que existieran otros casos de Ileo Biliar en el Hospital General San Juan de Dios los cuales no pudieron ser detectados por no encontrarse un Diagnóstico bien definido en los expedientes médicos revisados.

RECOMENDACIONES

- 1- En todo paciente con historia de Colecistitis crónica y litiasis vesicular que presenta cuadro de obstrucción intestinal súbita hay que pensar en Ileo Biliar.
- 2- El tratamiento es básicamente quirúrgico debiendo de efectuarse de preferencia movilización del cálculo en el primer tiempo y reparación de la fístula en un segundo tiempo.
- 3- Siempre que se piense en cuadro de Ileo Biliar, hay que investigar radiológicamente aire en el árbol biliar.
- 4- Se sugiere para el personal médico en entrenamiento tener en mente esta patología y no clasificarla en términos generales como Obstrucción Intestinal.

DISCUSION

El ileo biliar es una entidad patológica poco frecuente en nuestro medio, se considera que dicha patología debería ser eliminada teniendo en cuenta que todo paciente con historia de colecistitis es potencialmente probable que desarrolle una fístula colecistoentérica y por ende ileo biliar.

Después de efectuar el diagnóstico consideramos por experiencia en nuestro medio y por referencias de autores extranjeros que el tratamiento ideal consiste en efectuar en un primer tiempo enterolitotomía y posteriormente en un segundo tiempo efectuar la colecistectomía y cierre de la fístula colecistoentérica ya que estos pacientes son generalmente de edad avanzada y malas condiciones generales; efectuar todo en un solo tiempo aumentaría la morbimortalidad por el tiempo operatorio y anestésico.

Es conveniente también efectuar la enterotomía en un sitio proximal en donde el ileon está sin compromiso compresivo, desplazando el cálculo para extraerlo. En algunas ocasiones se ha forzado el cálculo hacia el ciego a través de la válvula ileocecal, situación que puede comprometer estas estructuras, por lo que no es recomendable.

En muy pocos casos el sitio de enclavamiento del cálculo produce necrosis del ileon por lo que es necesario la resección intestinal y la anastomosis ileocólica ascendente, dado a la mala circulación del ileón terminal, cuando se está a menos de cinco centímetros de la válvula.

Si no existe necrosis sino perforación proximal, el cierre primario es adecuado además de lo descrito anteriormente.

BIBLIOGRAFIA

- 1- Archivos Estadísticos
Hospital Roosevelt
1975 a 1979. Guatemala.
- 2- Archivos Estadísticos
Hospital General San Juan de Dios
1975 a 1979. Guatemala.
- 3- Berliner SD, Burson LC: One-stage repair for cholecysto
duodenal fistula and Gallstone Ileus. Arch Surg 90;
313, 1965.
- 4- Cooperman AM, Dickson ER, Remine WH: Changing -
concepts in the surgical treatment of gallstone Ileus: A
review of 15 casos with emphasis on dignosis and treat-
ment. Ann Durg 167:377, 1968.
- 5- Day Edwin A. Gallstone Ileus The American Juirnal of
Surgery. 129:552-557, 1975.
- 6- Deckoff SL: Gallstone Ileus; areport of 12 casos. Ann
Surg, 142:52, 1955.
- 7- Daves= Christopher
Tratado de Patología Quirúrgica, I; Décima Edición,
Editorial Interamericana 1032-1033, 1972.
- 8- Harrison y Colaboradores.
Medicina Interna, II Cuarta Edición en español, Sexta
Edición en Inglés. La prensa Médica Mexicana, 1758-
1759; 1973.
- 9- Quiroz Gutiérrez Fernando Dr.
Anatomía Humana, III. Déci mo séptima Edición, Edi-
torial Porrúa S.A. 198-203, México, 1977.
- 10- Rigles LG, Borman CN Noble JF. Gallstone Obstruc-
tion, Pathogenesis and Roentgen Manifestations. JAMA
117:1753. 1941.
- 11- Yaacov Wolloch, MD. Spontaneous Biliary- Enteric Fis-
tulas Some Considerations On the Management of Galls-
tone. The American Journal Of Surgery
131:680-683. 1976.

