

## Obstrucción intestinal producida por un cálculo biliar (íleo biliar) \* \*\*

Dr. RAUL AMORIN CAL

**HISTORIA CLÍNICA** (18-XI-65, hora 12).—Paciente de 59 años, M. E. F. de C., raza negra, que comenzó hace un mes con dolor y distensión epigástrica, clapoteo y reptación, luego de la ingestión de cualquier alimento, seguidos media hora más tarde de vómitos que la aliviaban y en los cuales reconocía los alimentos ingeridos. Con ligeras variantes prosigue hasta tres días antes de la consulta, en que se agrega distensión abdominal difusa, progresiva, aumento de los vómitos y dolores cólicos de abdomen superior. Estreñimiento desde el comienzo, hace diez días se le hizo un enema saliendo materias escasas y duras, luego no ha tenido deposiciones y desde hace varios días no recuerda expulsar gases. Oliguria. Gran adelgazamiento, astenia y anorexia. En el momento del interrogatorio está sufriendo y no recuerda episodios agudos de H.D. previos al cuadro actual. En estas condiciones somos llamados de la sala de medicina donde está internada, pedimos radiografía abdomen y pase a cirugía.

**Antecedentes:** Dispepsia biliar, cólicos hepáticos. Alteraciones del tránsito intestinal desde hace seis meses. Diabética tratada con insulina, internada hace un año por coma hiperglucémico. Hipertensa. Cinco embarazos.

**Examen:** Apirética, adelgazada, deshidratación, palidez, mioedema +. Tiene un catéter subclavio colocado hace cinco días en medicina por oligoanuria. Estertores húmedos bibasales. Arritmia extrasistólica. Presión arterial 170-90. **Abdomen:** distensión difusa a predominio central, timpánico, Se ve reptación, ruidos timpánico a la auscultación. Depresible, duele en F.I.D. **Tacto rectal:** ampolla vacía, sin lesiones. Resto, sin particularidades.

**Una hora después** (hora 13) aparece en la F.I.D. tumoración dura, pétreo, redondeada, móvil, 4 cm. diámetro, fácilmente palpable.

**Cuatro horas más tarde** no se palpa en F.I.D., apareciendo con los mismos caracteres en el fondo de saco lateral derecho y al tacto rectal, muy evidente con la maniobra bimanual.

Se hizo diagnóstico de *oclusión intestinal*, presumiblemente de delgado bajo, y por los antecedentes, cuadro clínico y examen físico, se pensó en un *íleo biliar*. Instituímos tratamiento intenso de reposición preoperatoria.

**Laboratorio de urgencia:** Glucemia, 1,91 gramos%; urea suero, 1,40 gr.‰ orina, D. 1014; cloruros, 0,35‰; glucosa, 23 gr. (no acetona); urea, 15 gr.

**Radiología de urgencia:** Abdomen simple, de pie y acostada: distensión en continuidad de estómago y delgado; niveles hidrogaseosos de delgado y estómago; ausencia de gases en el colon; neumatosis tracto biliar, en la radiografía acostada: relleno perfecto de la vía biliar principal y accesoria.

**En suma:** Oclusión mecánica de delgado bajo, neumatosis biliar.

Con la radiología confirmamos nuestro diagnóstico clínico de *íleo biliar*, y a las seis horas de la primera consulta, cumplido el tratamiento intensivo, con buena diuresis horaria y P.V.C. de 10, decidimos que está en condiciones de operarla de urgencia.



FIG. 1.—Acostada: oclusión de delgado; neumatosis biliar.

\* Trabajo de la Clínica Quirúrgica del Prof. W. Suiffet.

\*\* Presentado a la Sociedad de Cirugía del Uruguay el 4 de mayo de 1966.

*Tratamiento:* Desde la primera consulta y en seis horas cumplimos: rehidratación masiva por catéter subclavio con sueros y plasma, pasando 7 litros en total; aporte electrolítico y energético (glucosa); intubación nasogástrica y aspiración, saliendo 600 c.c.; tonicardíacos; antibióticos parenterales, en altas dosis; control horario de presión venosa central y diuresis; preparación para operar.

*Operación* (18-XI-65; comienzo, hora 18.10; fin, hora 19.30). *Cirujanos:* Dr. R. Amorín, Dr. C. Ituño, Pte. Davidenko. *Anestesia:* local, novocaína 1%, asistida Dr. J. Silva, potencia-



FIG. 2.—De pie: oclusión.  
Abundantes niveles hidrogaseosos.

lizada con pequeñas dosis de pentotal sódico. *Incisión:* paramediana laterorrectal int. der. infraumbilical. *Exploración:* discreto exudado libre. Ileon distal y colon colapsados. A 1 metro del ciego se encuentra una obstrucción producida por un cálculo biliar, de 3 cm. de diámetro, irregular, imposible de trasladar hacia abajo. Por encima int. dilatado, edematoso, piqueteado hemorrágico proximal. No hay evidencia de lesión parietal a ese nivel, ni otras lesiones tróficas por encima. Se puede desplazar con facilidad hacia arriba, lo que se hace en 10 cm. *Operación:* removido el obstáculo a zona sana, se practica sobre él una enterotomía transversal al eje intestinal, en cara lateral, por la cual se extrae el cálculo. El cálculo es facetado. Aspiración con tubo de Pool de todo el delgado hasta el ángulo duodenoyeyunal, saliendo aire y 600 c.c. de líquido; exploración cuidadosa sobre el tubo, tanto proximal y dis-



FIG. 3.—Detalle de la neumatosis biliar  
(principal y accesoria).



FIG. 4.—Cálculo obstructor abajo, seccionado. Arriba de él, el expulsado espontáneamente al décimosegundo día. Ambos reproducen la forma del colecisto. Sus facetas se corresponden.

tal, en busca de otros cálculos. No se explora la región vesicular. Cierre cuidadoso en dos planos de lino fino de la enterotomía. *Cierre:*

por planos. Se pasan puntos de retención extraperitoneales. Operación bien tolerada, sin incidentes.

*Postoperatorio:* Dieta oral, 48 horas. Sueños. Plasma. Mantuvo buena diuresis y P.V.C. Expulsó gases a las 24 horas. Diarreas y fiebre al tercer día, por lo que se suspendieron antibióticos. Foco base derecha que evolucionó bien. Se retiró tubo subclavio al sexto día, con supuración en su trayecto. Alta al noveno día para medicina. Control diabetes.

Persistió con discretas diarreas hasta el décimosegundo día, en que expulsó con las materias efcales, un cálculo biliar facetado que se correspondió perfectamente al obstructor, más pequeño.

Se retiran puntos retención a los quince días. Alta definitiva.

## COMENTARIOS

Esta historia clínica reproduce los caracteres de una oclusión intermitente, progresiva y migratoria, que se ha descrito para el íleo biliar. En comienzo se presentó como obstrucción digestiva alta y en el momento de la consulta como una oclusión de delgado bajo. Nario sostenía que la altura de la obstrucción dependía de la precocidad del diagnóstico.

Los antecedentes dispépticos, los cólicos hepáticos, multiparidad, la diabetes, son hechos comunes en el íleo biliar. Estos pacientes tienen enfermedades concomitantes serias en más de 80% de los casos: obesidad, diabetes, desórdenes cardiovasculares, son los más frecuentes.

Del examen físico destacamos: en un primer momento, el de una oclusión intestinal de delgado bajo: distensión a predominio central, timpanismo, reptación, ruidos de timbre elevado, ampolla vacía. Pero repetido a la hora, mostró claramente el cálculo en la F.I.D., que a las cuatro horas no estaba en esa zona, encontrándose por el tacto rectal.

El diagnóstico clínico era bastante seguro, pero se vio confirmado por la radiología que mostró con nitidez, además de la oclusión, la neumatosis de la vía biliar principal y accesoria en la radiografía de decúbito dorsal. Creemos que la nitidez de este hallazgo es un rasgo saliente en esta observación.

En el tratamiento cumplimos con un aspecto de fundamental importancia: restaurar al paciente a óptimas condiciones antes de proceder al acto quirúrgico. Esto, que es regla para cualquier oclusión, es

capital en estos enfermos añosos, con enfermedades asociadas graves, en los cuales la deshidratación y desequilibrios electrolíticos repercuten más que en pacientes con mayor flexibilidad para corregirlos. Rehidratación masiva, plasma, tonicardíacos, antibióticos, intubación y aspiración intestinal, son imprescindibles. Disponer de una buena vía venosa braquial o subclavia que pueda tomar la presión venosa central, con el control de la diuresis horaria, permiten en forma adecuada y segura valorar la efectividad del tratamiento y la oportunidad operatoria.

En la operación insistimos en la búsqueda de otros cálculos; en la búsqueda de zonas con trastornos tróficos por el descenso del cálculo que puedan dar lugar a peritonitis postoperatorias; en la aspiración intestinal realizada por enterotomía en zona sana, con buena técnica operatoria; limitar la cirugía a aliviar la obstrucción. En nuestro medio hay una observación en la cual la exploración de la zona fistulosa condujo a su ruptura, pero que tratada evolucionó bien.

Creemos que el cálculo expulsado espontáneamente el décimosegundo día debía encontrarse en la vesícula en el momento de la operación, puesto que la exploración intestinal fue minuciosa. El hecho de que el cálculo obstructor fuera facetado, nos hizo ser aún más exhaustivos. Raiford sostiene, con la mayoría de los autores, que la palpación de la zona vesicular en estas condiciones, con un proceso inflamatorio, pocos datos aporta y es extremadamente dudoso el poder asegurar la presencia de cálculos residuales a través del denso tejido inflamatorio que rodea a la fístula.

## RESUMEN

Se presenta un caso de íleo biliar con neumatosis de vías biliares y se comenta la preparación preoperatoria y la táctica quirúrgica seguidas.

## RÉSUMÉ

On apporte un cas d'ileus biliaire avec pneumatose des voies biliaires et on discute la preparation preoperative et la tactique chirurgicale réalisée.

## SUMMARY

A case of biliary ileus with pneumatosis of the bile ducts, is reported. Pre-operative preparation and surgical approach, are discussed.

## DISCUSION

*Dr. Mérola:* Bueno, en realidad no se puede ser muy original al hacer una enterotomía, pero yo recuerdo (habiendo ayudado a personas mayores) haber tratado íleos biliares con enterotomía amplia, longitudinal. Los vi tener problemas y vi fallecer de esa manera a dos enfermos con peritonitis, por falla de sutura. La idea nuestra es simplemente hacer una enterotomía mínima y hacer la litotomía, ya que creemos que muchas veces para extraer el cálculo entero hay que hacer una enterotomía grande. En las dos enfermas y en otras que hemos operado, no pudimos hacer progresar el cálculo distalmente, sino que lo trajimos proximalmente sacándolo de la zona de decúbito, y aprovechamos esa enterotomía para, con un tubo de Pool aspirar de allí hacia arriba, pro-

ximalmente el delgado, ya que distalmente en general está completamente vacío. El pequeño matiz de la técnica, es precisamente, una enterotomía transversal, antimesentérica, pequeña, que tiene una facilidad de cierre muy grande; siempre cerramos con total y surjet continuos, y si acaso se acoda un poco el intestino, le acentúa un poco uno de los codos de asa que hace el intestino, pero nunca lógicamente, es una enterotomía longitudinal que tiene problema de estrechamiento, etc. Por otra parte, lo creemos firmamente y lo aplicamos en la duodenotomía; creemos que las incisiones hechas en un sentido y suturadas en el otro (personalmente no nos gustan) dan mal resultado porque distorsionan completamente la luz intestinal. De manera que es una enterotomía mínima, antemesentérica, respetando si se quiere la irrigación que, lógicamente, es perpendicular al eje intestinal y cerrada en dos planos. A veces uno piensa que busca en el tubo digestivo secciones poco sangrantes, yo creo que hay una pequeña trampa mental en ese problema. Yo creo que las secciones tienen que ser en zonas irrigadas, aunque haya una pequeña molestia por hemorragia, preferimos las incisiones que nos den la seguridad de un trofismo mejor.