

CASOS CLINICOS

Ileo biliar recurrente o recidivante

Dr. Pablo Matteucci, Dra. Ana Lerena, Dr. Enzo Malán.

A propósito de dos observaciones de ileo biliar recurrente, se estudia la patología y la clínica de esta afección.

Se hacen consideraciones sobre la profilaxis, discutiéndose las ventajas e inconvenientes que presenta la cirugía bipolar en el tratamiento del ileo biliar.

PALABRAS CLAVE (KEY WORDS, MOTS CLÉS) MEDLARS: Intestinal Obstruction / Diagnosis / Surgery.

SUMMARY: Recurrent or recidivant biliary ileum.

Upon observation of two cases of recurrent biliary ileum the author analyses clinical and pathological aspects of this affection.

Prophylaxis is considered and the advantages and inconvenient of simultaneous surgical treatment of the ileum and the biliary focus.

RÉSUMÉ: Iléus biliaire récurrent ou récidivant.

À propos de deux observations d'iléus biliaire récurrent, on étudie la pathologie et la clinique de cette affection. On fait des considérations sur la prophylaxie, en discutant les avantages et les inconvénients de la chirurgie bipolaire dans le traitement de l'iléus biliaire.

Presentado a la Sociedad de Cirugía el 19 de octubre de 1983.

Prof. Agregado de Clínica Quirúrgica, Prof. Adjunto Interino de Semiología Quirúrgica, Cirujano de Guardia del Hospital Italiano.

Dirección: Rambla R. de Chile 4511, Montevideo. (Dr. P. Matteucci).

Clínica Quirúrgica "F" (Director Prof. Dr. Luis Praderi), Hospital de Clínicas. Fac. de Medicina, Montevideo.

INTRODUCCION

Se trata del segundo episodio de oclusión intestinal debido a un cálculo biliar.

Pueden existir tres posibilidades:

- 1) Que el segundo cálculo obstructor estuviese ya en el intestino, asintomático, cuando fue intervenido por primera vez el paciente. Esta posibilidad, de existir, corresponde a un grosero error técnico por falta de exploración, por lo que no será considerada.
- 2) El segundo cálculo estaba en la vesícula y pasó secundariamente, no siendo detectada su presencia, o habiendo sido imposible su extracción. Esta es la forma **recurrente**.
- 3) El segundo cálculo se formó sucesivamente en la vesícula, y pasó por una nueva fístula, pudiéndose ver este accidente incluso algunas décadas después del primero. Sería la forma **recidivante**.

Desde el punto de vista clínico, ambas formas son superponibles, razón por la cual no se harán distinciones entre ambas.

FRECUENCIA

La primera comunicación se debe a Holz, citado por Nicolossi⁽¹⁵⁾ en 1929, quien reportó cinco observaciones.

Calcagno⁽⁷⁾ en 1955 hizo la primera descripción en el Río de la Plata.

Rogers⁽¹⁶⁾ reunió en 1958 a 21 observaciones de la literatura mundial.

Buetow⁽⁶⁾ en 1963 sumó 2 observaciones

personales con 42 de la literatura mundial. Este autor afirmó que los IBRR se verían en el 5% de los casos de íleo biliar. Sin embargo modernas revisiones de conjunto^(3, 5, 20, 21) no citan este porcentaje tan elevado.

La estadística nacional nos muestra una observación de Alba⁽¹⁾ en 1972, habiendo publicado Asiner y Praderi⁽²⁾ un año antes dos observaciones de oclusión duodenal por un segundo cálculo obstructor, en un total de 24 publicaciones nacionales sobre diferentes aspectos del íleo biliar.

Uno de los autores (P.M.) ha reunido dos observaciones personales, que han motivado el presente trabajo.

CONSIDERACIONES CLINICAS

El tiempo de recurrencia del segundo episodio es variable. Wakelfield, citado por Buetow⁽⁶⁾, relata un caso de reinstalación de la oclusión a las 18 horas de operado un enfermo de íleo biliar. Seguramente por insuficiente exploración se dejó en el intestino un segundo cálculo, que se impactó en el post operatorio inmediato.

En la mayoría de los casos la segunda oclusión se ve antes de los 30 días de la primera intervención, siendo un caso recurrente.

Menos frecuentemente se ven tiempos mayores entre los dos episodios oclusivos, describiéndose intervalos de hasta 30 años.

El cuadro clínico del IBRR es el de un íleo biliar común, por lo que no haremos ninguna consideración. Del mismo modo recordaremos que la radiología es capital para el diagnóstico, siendo fundamental el tránsito digestivo con contraste yodado hidrosoluble, que mostrará la fístula colecistoduodenal, y confirmará la existencia de una oclusión mecánica intestinal.

¿Cuándo debe sospecharse la posibilidad de un IBRR?

En primer término cuando el cálculo obstructor retirado del intestino no sea ovoideo o redondeado, y presente una o más superficies facetadas, que supongan la existencia de más de un cálculo.

Por otra parte, la palpación de una induración en el plastrón inflamatorio del hipocondrio derecho debe hacer presumir el diagnóstico. Sin embargo, debe precisarse que esta palpación no suele ser fácil, ya sea porque la incisión operatoria no es la más indicada para explorar la vía biliar accesoria y el duodeno, o porque el complejo inflamatorio perivesicular lo dificulta.

PROFILAXIS DEL IBRR

Se realiza fundamentalmente de dos ma-

neras:

- 1) Explorando totalmente el intestino delgado y duodeno, no dejando un segundo cálculo en curso.
- 2) Efectuando la **cirugía bipolar**, operación ideal que comprende:
 - Tratamiento de la oclusión intestinal.
 - Tratamiento integral de la enfermedad calculosa biliar.
 - Cierre de la fístula duodenal.

Pero la cirugía bipolar no siempre es posible realizar. Presenta evidentes ventajas, pero a su vez tiene inconvenientes, que discutiremos.

Ventajas de la cirugía bipolar:

- 1) Se solucionan en un solo acto operatorio los problemas del enfermo. Esto es obvio, no mereciendo comentarios.
- 2) Se extirpa una vesícula potencialmente neoplásica^(12, 20). Según Berliner⁽⁴⁾ una vesícula que haya presentado una fístula colecistoduodenal, está expuesta a cancerizarse 15 veces más que una vesícula sin esta patología.
- 3) Se anula la posibilidad de íleos recidivantes.
- 4) Se evita de este modo la colangitis postoperatoria que acompaña algunas veces al íleo biliar. Según Day⁽⁹⁾ el porcentaje ascendería al 11% de los casos. Esta alta incidencia no la señalan otros autores, ni se constataría en nuestro medio^(1, 3, 5, 15).
- 5) Se cierra quirúrgicamente la fístula duodenal, hecho favorable señalado por primera vez por Latourrette⁽¹³⁾ en la literatura nacional.
- 6) Finalmente, hay casos en que la cirugía bipolar debe hacerse de necesidad: en primer término en el curso de un íleo duodenal o síndrome de Bouveret, como en los casos de las observaciones nacionales de Roldán⁽¹⁷⁾, Sarroca⁽¹⁹⁾ y Asiner y Praderi⁽²⁾. También en el caso de fístulas más complejas, como las colecistocólicas o colecistoduodenocólicas.

Inconvenientes de la cirugía bipolar:

- 1) Mayores dificultades técnicas. Un 75% de los íleos biliares se opera sin diagnóstico preoperatorio correcto. De este modo se emplazan incisiones operatorias que no permiten actuar (y muchas veces ni siquiera explorar correctamente) sobre el polo biliar. Llegados a este tiempo, la mayoría de los cirujanos se abstienen de hacer un segundo abordaje quirúrgico.

Por otra parte el estado inflamatorio, la friabilidad de los tejidos y la amenaza de una fístula duodenal postoperatoria,

desaconsejan otras veces actuar sobre el polo biliar.

2) Muchos pacientes no son aptos para este tipo de cirugía, salvo en casos de verdadera necesidad. En efecto:

- Suelen ser personas de edad avanzada. La mayoría presentan más de 70 años de edad, según estadísticas^(3 5, 20, 21).
- En parte, y como consecuencia de lo anterior, suele verse un alto índice de enfermedades intercurrentes.
- Es común que la enfermedad se opere en etapa avanzada, ya sea por falta de diagnóstico precoz o por lo confuso e insidioso del cuadro clínico al comienzo. De este modo, muchos íleos biliares son operados con una semana o más días de evolución^(6, 12, 15). Esto lleva a hacer sumamente dificultosa las maniobras quirúrgicas a nivel de la fístula colecistoduodenal.
- Como corolario de las situaciones consideradas, muchos pacientes presentan un deterioro humoral o alteraciones de parénquima que hacen razonables las operaciones de menor brevedad.

3) La cirugía bipolar presenta una mayor mortalidad.

Hasta el año 1940 la cirugía del íleo biliar presentaba una altísima mortalidad, que llegaba hasta el 70% según algunos autores. Posteriormente estas cifras mejoraron rápidamente con el advenimiento de diagnósticos más precoces, aparición de antibióticos y fundamentalmente mejores cuidados y apoyos postoperatorios.

Es así, que a partir de la década del 60, aparecen con más frecuencia trabajos sugiriendo los beneficios de la cirugía bipolar, aconsejando realizar la misma. Pero análisis ulteriores han demostrado que esta cirugía de elección, se acompañó de un nuevo ascenso de la mortalidad operatoria.

El siguiente cuadro es significativo. Consideraremos tan solo las cifras de publicaciones recientes.

Bounous⁽⁵⁾ en 1981, en su tesis, encuentra en 38 observaciones de íleo biliar una mortalidad total del 15,7%. En tres enfermos se cerró la fístula duodenal sin mortalidad.

Todos los autores del cuadro precedentemente citado, reconocen el aumento de la mortalidad operatoria que trae aparejado el cierre primario de la fístula colecistoduodenal. La gran mayoría de los que fallecen, lo hacen por fístula duodenal postoperatoria; y dos de cada cinco que hacen esta complicación, mueren.

4) Finalmente queremos transcribir textualmente la opinión de un maestro de la cirugía uruguaya, L. Merola⁽¹⁴⁾, al ocuparse de este tema en 1974: "En el íleo biliar, la colecistectomía en agudo es: inoperante (vesícula excluida o en divertículo) y aún dañosa (vesícula en puente) ya que arriesgamos bloquear todo o en parte el drenaje biliar interno, en caso de patología coledociana baja. Es ciega, si no media una correcta exploración del hepatocolédoco. Es difícil, y puede crear un grave defecto en la pared duodenal".

CASUÍSTICA

Observación N° 1. Mujer de 82 años, cardioesclerótica, con antecedentes de dispepsia biliar.

Ingresó al Sanatorio Fraternidad (Historia 29.404) el 28 de mayo de 1968 con un cuadro de oclusión intestinal.

Operación de urgencia: se comprobó un íleo biliar, extrayéndose por enterostomía un cálculo biliar facetado del íleon terminal. No se exploró el hipocondrio derecho.

El 4 de junio de 1968 la paciente comenzó con vómitos biliosos profusos. Fue reoperada de urgencia, extrayéndose de duodeno III, por vía inframesocolónica, un segundo cálculo obstructor. Puesto junto al primitivo, adaptaban perfectamente, teniendo el conjunto el tamaño y forma de un huevo de gallina.

El postoperatorio fue bueno. La enferma se fue de alta el 15 de junio.

MORTALIDAD DE LOS ILEOS BILIARES

Autor	Tratamiento bipolar	Tratamiento sólo de la oclusión
Elwing, 1978 ⁽¹⁰⁾	14,5% (7 casos)	
Barreiro, 1978 ⁽³⁾	28,5% (14 casos)	19,5% (127 casos)
Personal	33,3 (3 casos)	14% (10 casos)
Gayral, 1979 ⁽¹²⁾	33,3% (15 casos)	14% (575 casos)
Chavez-Pacero, 1979 ⁽⁸⁾		11% (9 casos)
Yasahara, 1980 ⁽²¹⁾	19% (16 casos)	12% (96 casos)
Van Landigham, 1982 ⁽²⁰⁾	20% (35 casos)	11% (156 casos)

En el postoperatorio alejado, una colecistografía no mostró litiasis. La paciente falleció tres años después.

Observación N° 2. Mujer de 53 años, antigua dispéptica hipoesténica. Un año antes se le diagnosticó litiasis vesicular, difiriendo la operación por razones particulares.

Consultó los días 16 y 19 de enero de 1983 en Emergencia del Hospital Italiano por dolores abdominales difusos de tipo cólico.

El 21 de enero tuvo un ingreso de 48 horas, por cuadro doloroso abdominal. Se fue de alta mejorada.

El 26 de enero reingresó por dolor y vómitos persistentes. Se diagnosticó oclusión intestinal operándose de urgencia. Se planteó el posible diagnóstico de íleo biliar, sin tener confirmación radiológica.

Operación: Se comprobó cálculo biliar obstructor ileal bajo que se extrajo por enterostomía, viéndose que era facetado de unos 3 cm de diámetro. No se encontró un segundo cálculo intestinal. Se amplió la incisión mediana a supraumbilical, explorándose la vía biliar. En H.D. gran plastrón inflamatorio, no permitía reconocer la presencia de otro cálculo.

Postoperatorio normal, alta el 2 de febrero de 1983.

El 8 de febrero reingresó por dolores abdominales y vómitos biliosos con cálculos (litemesis). La radiografía de abdomen con un trago de hypaque mostró una fístula colecistoduodenal, no viéndose en vesícula ninguna imagen sospechosa de cálculo (Fig. 1).

Operación: se comprobó asa yeyunal proximal a la primitiva ostomía, ocluida por un cálculo facetado que se extrajo por enterostomía (Fig. 2).

Postoperatorio: excelente. Alta al 8° día. Se la citó para completar su estudio biliar, cosa que no ha hecho aún, luego de 3 meses de operada.

COMENTARIO

En el caso de la primera observación, se desconoció la posibilidad de existencia de otro cálculo en el momento operatorio; pero el cuadro clínico de distensión abdominal y vómitos, luego de 6 días de un postoperatorio sin incidentes, hizo pensar de inmediato la posibilidad de estar frente a una recurrencia, lo que se confirmó en la reintervención que se realizó de inmediato.

En el segundo caso la situación fue diferente. Se demoró el diagnóstico de íleo biliar durante varios días, siendo muy posible que el primer ingreso coincidiese con una colecistopatía aguda en el momento de constituirse la fístula biliodigestiva.

En la operación se intentó la exploración, no pudiéndose confirmar la existencia de un segundo cálculo, pese a que se buscó. Es posible que el componente inflamatorio perivisceral y el edema dificultaron el examen palpatorio: por otra parte la friabilidad y congestión de los tejidos no invitaban a proseguir el examen, y menos aún intentar una cirugía biliar.



Figura 1. Fístula colecistoduodenal, rellenándose parcialmente la vesícula. Se aprecian además las asas de intestino delgado distendidas.

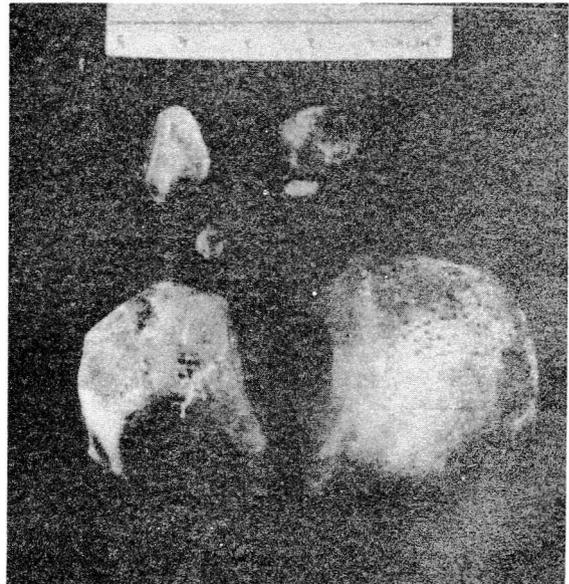


Figura 2. Cálculos biliares pertenecientes a la misma paciente. El mayor provocó el primer íleo biliar; el que le sigue en tamaño fue el responsable del íleo recurrente. Los cálculos pequeños fueron vomitados.

CONCLUSIONES

Como síntesis, sobre la profilaxis y tratamiento del IBRR, podemos decir que:

- 1) En lo posible debe ser previsto y evitado el IBRR, ya que la mortalidad del mismo es el triple de la del primer episodio obstructivo, si el segundo se produce antes del 30avo. día⁽⁶⁾.
- 2) La operación ideal que lo evita, es la cirugía bipolar.
- 3) La misma, sin embargo, sólo debe ser planteada en los casos favorables, debiéndose forzar razonablemente su indicación en aquellas situaciones en las cuales persiste un cálculo grande vesicular. Soluciones intermedias, como la colecistostomía por el fondo vesicular extrayendo el cálculo sin tocar la fístula, no han dado resultado⁽¹³⁾.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. ALBA E.: Fístulas biliodigestivas espontáneas y sus complicaciones. *Cir. Urug.* 42: 304, 1972.
2. ASINER B., PRADERI R.: Tratamiento de la obstrucción duodenal por cálculo biliar. *Cir. Urug.* 41: 317, 1971.
3. BARREIRO F., LORENZO M., MATEOS A., MATA A.: Ileos biliares. *Rev. Esp. Enf. Ap. Digest.* 51: 667, 1977.
4. BERLINER S., BURSTON L.: One stage repair for cholecystoduodenal fistula and gallstone ileus. *Arch. Surg.* 90: 313, 1965.
5. BOUNOUS M.: Ileo biliar. Tesis. Fac. de Medicina, Montevideo, 1981. (Inédita).
6. BUETOW G., GLAUBITZ J., CRAMPTON R.: Recurrent gallstone ileus. *Surgery* 54: 716, 1963.
7. CALCAGNO I.: Ileo biliar iterativo. *Bol. Soc. Argent. Cir.* 16: 79, 1955.
8. CHAVEZ F., GARROTE D., JIMENEZ A., ORTEGA J., LOPEZ R., CANTILLANA J., LOS CERTALES J.: Ileo biliar. A propósito de 9 observaciones. *Rev. Esp. Enf. Ap. Dig.* 56: 135, 1979.
9. DAY E., MARKS A.: Gallstone ileus. Review of literature and presentation of thirty four news cases. *Am. J. Surg.* 129: 552, 1975.
10. ELWING E., JUNG D.: Ileo por cálculos biliares. *Med. Alem.* 19: 1711, 1978.
11. FALASCHI M., FERRO U., DE STEFANO A., DI GRAZIA G.: Occlusione intestinale da calcolo biliare. *Chir. Gastroenterol.* (Ed. It.) 13: 380, 1979.
12. GAYRAL F., CUGNEC P., JOURDANNE P., BUFFET C., LARRIEU H., GARBAY M.: Fistules biliodigestives d'origine litiasique. *Ann. Chir.* 33: 779, 1979.
13. LATOURRETTE F.: Ileo biliar. Sutura de la fístula duodenal de pasaje. *Cir. Urug.*, 35: 181, 1965.
14. MEROLA L.: Ileo biliar. Patología, radiología y clínica. *Prensa Med. Argent.* 61: 608, 1974.
15. NICOLOSI M.: Ileo biliare. *Minerva Chir.* 19: 787, 1974.
16. ROGERS F., CARTER R.: Recurrent gallstone ileus. *Am. J. Surg.* 96: 379, 1958.
17. ROLDAN A.: Voluminoso cálculo biliar intraduodenal. *Bol. Soc. Cir. Urug.* 2: 80, 1931.
18. SAEZ H., ARRIAGA P., CAZABAN L.: Ileo biliar. Perforación intestinal debida a paracentesis diagnóstica. *Cir. Urug.* 44: 133, 1974.
19. SARROCA J., MOJOLI A.: Ileo biliar duodenal. *Bol. Soc. Cir. Urug.* 16: 182, 1945.
20. VAN LANDINGHAM S., BRODERS C.: Gallstone ileus. *Surg. Clin. North Am.* 62: 241, 1982.
21. YASAHARA Y., UMEMURA H., SHIRAHARA S., KUYAMA T., SAKATA K., KUBOTA H.: Gallstone ileus. Review of 112 patients in the Japanese Literature. *Am. J. Surg.* 140: 437, 1980.