

Ileo biliar colónico

A propósito de dos casos.

Dres. César Armand Ugón,
Federico Schnerberger
y Fernando Gutiérrez.

Dos casos de ileo biliar colónico (I.B.C.), lleva a los autores a una revisión del tema. Destacan que todo I.B., tiene rasgos que los diferencian entre sí, por lo cual el diagnóstico preoperatorio es excepcional, muy especialmente por la rareza de la localización colónica.

Cuadro clínico-patológico proteiforme, en el cual se destacan dos polos:

- 1) una oclusión intestinal (en nuestros casos, a topografía cólica).
- 2) un foco patológico biliar, ambos vinculados por una fístula biliodigestiva.

Es una causal poco frecuente, constituyendo el 2-4% de las obstrucciones intestinales, pero que en los mayores de 65 años, sube al 10-25%.

El I.B.C. ocurre en el 2-5% de los I.B., llegando al cálculo hasta el colon, desde la vesícula y a través de una fístula colecisto-duodenal o colecisto cólica, localizándose generalmente en el sigmoide, habitualmente estenosado, por una enfermedad diverticular colónica.

Según el tipo de oclusión (cerrada o abierta), más la participación de la vía biliar (fístula anatómica o funcionante), surgirán los matices clínicos y la conducta quirúrgica definitiva. Es decir si sólo tratamos la oclusión, o si además abordamos en agudo al polo biliar.

PALABRAS CLAVE (KEY WORDS, MOTS CLÉS) MEDLARS:
INTESTINAL OBSTRUCTION, COLON.

Presentado a la Sociedad de Cirugía del Uruguay el 4 de junio de 1986.

Profs. Adjuntos y Colaboradores Honorarios de Clínica Quirúrgica.

Dirección: C. Carrasco 4146, Montevideo. Dr. C. Armand Ugón.

Clinica Quirúrgica "1" (Director Prof. Dr. Bolívar Delgado). Hospital Pasteur y Clínica Quirúrgica "B" (Director Prof. Dr. Uruguay Larre Borges). Hospital de Clínicas. Fac. de Medicina. Montevideo.

SUMMARY: Colonic biliar ileus. Regarding two cases.

Two cases of colonic biliar ileus lead the authors to a revision of the subject. They emphasize the fact that biliar ileus have features that differentiate them from each other, which is why the preoperative diagnosis is exceptional, particularly because of the rareness of the colonic localization.

Variable clinical presentation, where two aspects stand out: 1) an intestinal obstruction (of colic topography in these cases), 2) a pathological biliar area, both joined by a biliodigestive fistula.

Colonic biliar ileus is an infrequent cause of intestinal obstruction (2 to 4%), rising to 10-25% in over 65 patients.

It occurs in 2-5% of all biliar ileus. The stone reaches the colon from the gallbladder through a cystic-duodenal or cystic-colic fistula, and generally gets lodged in the sigmoid, usually stenosed by diverticulosis.

The clinical differences and the final surgical conduct (treatment of the obstruction only or approach of the biliar viae in the emergency as well) will arise from the type obstruction (open or closed) and the participation or not of the biliar viae (anatomical or functioning fistula).

RÉSUMÉ: Iléus biliaire colique. A propos de deux cas.

L'observation de deux cas de I.B.C. a mené les auteurs à faire une révision sur ce sujet. Tous les I.B. on des caractéristiques particulières qui permettent de les différencier.

C'est pourquoi le diagnostic préopératoire est exceptionnel spécialement dans la localisation colique qui est rare.

Il s'agit d'un cas clinico-pathologique à forme variable dans lequel il y a deux faits à souligner: 1) une occlusion intestinale (dans nos cas de topographie colique, 2) un foyer biliaire.

Tous les deux reliés para une fistule biliodigestive.

Il s'agit d'une cause peu fréquente d'occlusion intestinale (2-4%), mais chez les sujets de plus de 65 ans, sa fréquence augmente jusqu'à 10 à 25%.

Le I.B.C. représente 2 à 5% des I.B. par une fistule cholecystoduodénale ou cholecysto-colique le calcul passe de la vésicule au côlon, se logeant généralement dans le sigmoïdes qui se trouve habituellement sténosé par une E.D.C.

C'est le type d'occlusion fermée ou ouverte) et la participation de la voie biliaire (fistule anatomique ou communicante) qui définiront les différentes nuances cliniques et la conduite chirurgicale à tenir: traitement de l'occlusion, complétée ou non, par un abord de la voie biliaire.

INTRODUCCION

A pesar de ser el íleo biliar^(1, 6), una entidad descripta ya por Bartholin en 1654⁽²⁷⁾, y estudiada hace un siglo por Courvoissier⁽²¹⁾, además de las recopilaciones, hechas por: Deckof⁽¹³⁾, Raiford⁽²⁷⁾, Anderson⁽³⁾, Cooperman⁽¹²⁾, Brockis y Gilbert⁽⁹⁾, creemos de interés el aporte de dos nuevos casos, a la literatura nacional. También han sido múltiples, las presentaciones en nuestro medio. La mayoría de ellas motivadas por casos aislados, como las de Stajano y Bottaro (1921), García Lagos (1930)⁽²⁰⁾. En otras se ha destacado la topografía duodenal, como en los casos de Roldán⁽²⁸⁾, Sarroca y Mojoli⁽³⁰⁾, Delgado y Zagía⁽¹⁵⁾, Asiner y Praderi⁽⁵⁾. Bosch del Marco⁽⁷⁾, aporta una forma sobreaguda, con hemorragia digestiva grave, más litemesis. Otras formas, simulan apendicitis agudas^(20, 31). En 1940 del Campo y Otero⁽¹⁴⁾, jerarquizan el signo radiológico (neumatosis de vías biliares), de gran valor al igual que la visualización de un cálculo, fuera del hipocondrio

derecho (Liard^(18, 19)). Además de las publicaciones citadas en: 10-17-29, son de destacar las casuísticas de: Mérola⁽²²⁾, Ardao⁽⁴⁾ y las monografías de Liard⁽¹⁸⁾, Bounous (con 39 observaciones)⁽⁸⁾. El I.B., ha sido analizado también, dentro del marco de las fistulas biliodigestivas por: Alba⁽¹⁾, Berois⁽⁶⁾, Portos⁽²⁵⁾, Amorín⁽²⁾.

Dentro de este frondoso panorama casuístico, justificamos nuestro aporte, por el hecho de que todo I.B., tiene habitualmente rasgos excepcionales, que los hacen diferentes entre sí, que desconciertan al clínico⁽⁸⁾, y muy especialmente por la excepcional de la localización colónica. En efecto, de acuerdo a la topografía, de la impactación del cálculo, la oclusión puede tener características variadas, dadas por la altura de la misma. Por ejemplo:

- 1) síndrome de estenosis gastroduodenal (Bouverte);
- 2) oclusión del delgado, habitualmente baja;
- 3) oclusión colónica, de la cual nos vamos a ocupar. Recordemos los aportes de Burstin⁽¹⁰⁾, Valls y Albo (en comentarios a Amorín-2-) con sendos casos de I.B.C.

Haremos hincapié, en los hechos más salientes, de este cuadro clínico-patológico, —proteiforme—, en el cual se destacan dos polos, constituidos por:

- 1) una oclusión (en nuestro caso a topografía cólica);
- 2) y un foco patológico biliar, ambos vinculados por una fistula biliodigestiva espontánea (F.B.D.E.).

CASUÍSTICA

Observación N° 1: D.M. de S. Sexo: F. 73 años. Reg. N° 16689 (Mut. P. Nac.). Ingreso: 8/12/81. Egreso: 23/12/81.

Comienza 8 días antes del ingreso, con cólicos intensos localizados en el hemiabdomen inferior, que persisten hasta el ingreso. Concomitantemente, vómitos repetidos, abundantes, biliosos. Detención del tránsito digestivo, para materias y gases, en los últimos 3 días.

A.P.: apendicectomía hace 38 años. Sin antecedentes biliares.

Examen: lúcida, apirética, bien coloreada, lengua húmeda.

Abdomen: distensión a predominio infraumbilical, con dolor a la movilización. A la palpación, dolor en FID, a la compresión y decompresión. Ruidos hidroaéreos aumentados de frecuencia. *T.R.:* ampolla vacía.

Radiografía de Abdomen: distensión gaseosa del colon, desde el sigmoide al ciego. No hay gases en el delgado. No hay niveles, excepto un gran nivel en FID.

Diagnóstico Preoperatorio: Oclusión cerrada de colon, por neoplasma.

Operación: urgencia 8.12.81 (Dr. Schnerberger): *Incisión:* mediana supra e infraumbilical.

Exploración: distensión discreta del delgado, predominando en el sector ileal. Colon distendido, con diverticulosis múltiple.

Cálculo biliar en el sigmoide bajo, móvil, de 4 cm, no facetado. No se puede explorar correctamente el foco vesicular, por adherencias. No se palpan otros cálculos. Lesiones erosivas en el delgado, por impactaciones del cálculo. *Procedimiento*: imposibilidad de hacer progresar el cálculo hacia el recto, por el calibre disminuido del sigmoide, por sus acodaduras, por su diverticulosis. Progresión del cálculo en sentido proximal hasta el ciego, pero no se logra franquear la válvula de Bauhin. Se practica una enterotomía longitudinal, de 5 cm en el ileon (borde antimesentérico). Extracción del cálculo con pinza Foerster. Cierre de la enterotomía, a puntos separados, monopiano, transversalmente. Como el clamp produjo un desgarro cecal, se termina realizando una cecostomía, con sonda Pezzer. sacada por contrabertura en FID. *Postoperatorio*: buena evolución, retirándose la sonda de cecostomía al 14º día. Alta. Controles en policlínica: buena evolución del foco biliar.

Observación N° 2: G.I.A. 77 años. C.A.S.M.U. Reg. N° 78642, Carné: 55403. 1er. Ing.: 29.9.84 - Egr.: 17.10.84.

Detensión del tránsito digestivo bajo, de 4 días para materias y de 2 días para gases. No vómitos. A.P.: no existen en la esfera biliar. Parkinsoniano (prolopa).

Examen: moderada deshidratación, mucosas: s/p. Edad biológica mayor que la cronológica. *Abdomen*: distensión marcada, simétrica, difusamente hipersonoro. Doloroso en FID (sin reacción peritoneal). T.R.: ampolla vacía, Douglas: s/p.

Rx simple de Abdomen: distensión gaseosa del marco cólico, hasta el sigmoide, con nivel hidrogaseoso en el sector cecal. Delgado sin niveles, ni gases.

Diagnóstico: oclusión cerrada del colon, por neoplasma.

Operación: Incisión: Mediana supra e infraumbilical. Oclusión cerrada del colon, con ciego tenso, pero con buena vitalidad. Gruesa "tumoración", pétreo, endoluminal, a nivel de la unión sigmoidorectal. Enorme cálculo biliar (6-8 cm, ovoidea). Colon sigmoide esclerolipomatoso, con divertículos. No se logra hacerlo progresar hacia el recto, por lo cual se lo extra mediante colostomía sigmoidea. Como el sigmoide está traumatizado, se lo deja exteriorizado, como colostomía en asa. Cálculo de 8 cm de largo, por 3-4 de ancho. Adherencias coloepiploicas al sector subhepatovesicular. Alta el 18º día (fisioterapia). *Estudios*: *Ecografía*: hígado y vías biliares: normales. *CxE*: diverticulosis, sin estenosis a nivel rectosigmoideo. Fístula colovesicular (anatómica). *Fibrocolonoscopia*: no hay lesiones estenosantes.

Reingreso: 6.2.85. *2ª Operación*: cierre de la colostomía (surget, monopiano extramucoso). *Alta*: 22.2.85.

COMENTARIOS

Recordemos que el I.B., constituye una oclusión intestinal, por un cálculo biliar migrado a través de una F.B.D.E., como complicación de una infección biliar crónica. Se establece una comunicación anormal, entre un sector de la vía biliar extrahepática, y el tubo digestivo (habitualmente entre la vesícula y el duodeno). Si bien consideraremos estos distintos aspectos, destacaremos los más sobresalientes, para la topografía colónica. Como causal de oclusión intestinal, destácase la baja incidencia del I.B., constituyendo del 2 al 3,7%^(8, 13, 27). Pero estas cifras se elevan hasta un 20-25%, si consideramos las oclusiones, en pacientes mayores de 65 años^(1, 9).

Constituye el 0,3-0,5% de todos los operados de vías biliares⁽⁸⁾. Recordemos que el 75-90% de las FBDE, son producidas por una litiasis biliar, pero sólo un bajo porcentaje de las mismas, se complican con un I.B. En efecto, en la Clínica Mayo, Cooperman⁽¹²⁾, de 104 FBDE, sólo el 14% se complicó con un I.B. En el 10% según Alba⁽¹⁾, Mérola⁽²²⁾, siendo del 26% en la serie de Portos⁽²⁵⁾, 2%⁽²¹⁾. Es decir, que la mayoría de los cálculos, que llegan al tubo digestivo, se eliminan por vías naturales, sin dar síntomas, habitualmente. Pero la fistulización se puede revelar (y por ende pueden sus síntomas sumarse a los del I.B. propiamente dicho), por una hemorragia digestiva (alta y/o baja), por litemesis^(5, 7), por cuadro suboclusivo, del delgado o del colon, que se puede resolver por la expulsión —vía anal—, espontáneamente o por tacto rectal (de lo cual hay numerosas referencias; un caso en los 39 de Bounous⁽⁸⁾). *Topografía*: la oclusión por I.B., predomina en el sector ileal, terminal. *En efecto*: Courvoissier en 1890 (citado por Maingot⁽²¹⁾), en estudio necrópsicos, comprobó: ileon distal: 65,4%, unión ileocecal: 10%, duodeno: 22,2%, asa sigmoidea: 2,4%. Foss y Summers (en Maingot): sólo 2% a topografía cólica. Brockis y Gilber⁽⁹⁾: en 179 casos de I.B., comprobaron: 72% en el ileon; 17% en yeyuno; 11% restante en: estómago, duodeno y colon. Todos coinciden, en la baja frecuencia, del I.B. colónico. Constituiría sólo el 4%, de las oclusiones a nivel del colon (Holm y Neilsen en Pera Giménez⁽²⁴⁾), quienes recopilieron, 25 casos de I.B.C.). Salvo muy contadas excepciones, es a nivel sigmoideo donde se produce la obstrucción, que es el sector más estrecho. Pero para que el cálculo sea obstructor, a su tamaño (2-3 cm o más), debe asociársele una estenosis y/o acodaduras, especialmente la E.D.C.⁽⁴⁾, como en nuestras observaciones. Hay autores que jerarquizan al factor espasmódico, como factor de enclavamiento^(23, 24). Pensamos que dicho espasmo, puede haber jugado cierto papel en la obs. 1, pues un cálculo de tamaño, no excesivo, se detuvo en el sigmoide, luego de recorrer el delgado. Dos son las posibles vías de llegada, del cálculo, hasta el colon. Sea por una fístula colecistocólica (obs. 2, con grueso cálculo), o luego de recorrer todo el delgado (fístula colecistoduodenal). Esta travesía por la válvula de Bauhin, puede ser espontáneamente (obs. 1), o luego de maniobras quirúrgicas⁽¹⁾. No debemos confiarnos en que esta maniobra, haya sido favorable, pues ha sido seguida de oclusión postoperatoria, a nivel sigmoideo⁽¹⁾. Otro hecho que nos explica, la baja incidencia del I.B.C., es el alto porcentaje de la FBD, colecistoduodenales (60-65%), frente a las colecistocólicas (30%)^(16, 25).

El otro elemento fundamental, es el establecer la entidad de la participación del polo biliar, sobre todo la posible participación de la V.B.P. (lo cual no aconteció en ninguna de nuestras dos observaciones). De presentarse este compromiso de la V.B.P., están dadas las condiciones, para que se establezca una gran repercusión fisiopatológica. Es decir, si estamos ante una verdadera fístula biliar interna, funcionante (Mérola⁽²²⁾). En esta situación, se establecería por un lado un drenaje biliar permanente (entre V.B.P., vesícula y tubo digestivo "colon", tratándose de una fístula colédoco digestiva ("cólica"), indirecta. Excepcionalmente, una fístula colédoco duodenal (o cólica) directa, se complicará con un I.B. (una obs. de Bounous⁽⁶⁾). Además de la gran exposición biliar (diarrea con abundante bilis, en el postoperatorio), se dan las condiciones para que se desarrolle una colangitis ascendente. Esta es favorecida o agravada por la oclusión, por verdadera inversión de gradiente (Mérola), con reflujo digestivo-biliar, hiperséptico. Esto es mucho más grave, si el mismo se produce entre el colon y la V.B.P. (Amorín⁽²⁾). Puede asociársele una litiasis coledociana. Si bien ésta es observada hasta en el 50%, de las fístulas colecistocólicas con ictericia⁽¹⁶⁾ (33%⁽²⁵⁾), en los I.B., es excepcional la coexistencia de una litiasis coledociana (excepcionalidad de la coexistencia de grandes y pequeños cálculos). Incluso la ictericia, puede disminuir, una vez establecida la fístula. Mérola ha insistido, en estos aspectos de las FBD. Si como en nuestras 2 observaciones, el cístico está obstruido, es una fístula anatómica ("divertículo"). La máxima gravedad de una fístula "funcionante", estaría constituida, en que coexistiera con una oclusión cerrada del colon, más obstrucción del colédoco distal. Es en estos casos de fístula funcionante, en que el polo biliar cobra jerarquía, exigiendo una solución terapéutica, tan urgente como la propia oclusión. De actuar sobre el polo biliar, haremos tratamiento de la fístula (como en las observaciones⁽⁶⁾), con desconexión biliodigestiva. En consecuencia, sería muy favorable, realizar el diagnóstico preoperatorio de I.B. En efecto, si actuamos sobre el polo biliar, es conveniente contar con colangiografía. No insistiremos, por ser conocidos, en los elementos que nos conducen al diagnóstico del I.B.

Táctica Quirúrgica: Con respecto a la oclusión: una vez que por la exploración, se establezca el tipo de oclusión (cerrada o abierta) y evaluemos el

estado de la pared colónica, a nivel del enclavamiento del cálculo y del ciego, procederemos al levantamiento del obstáculo. Para extraer el cálculo obstructor, destacamos desde lo más sencillo a lo más complejo: evacuarlo por vía rectal (por tacto o por maniobras combinadas abdominoreticales)⁽¹⁰⁾; hacerlo retroceder y sacarlo por la fístula (en caso de que actuemos sobre el polo biliar); por colotomía (a nivel de colon sano proximal); apertura colónica, seguida de colostomía (obs. 2); o aún por ileostomía (obs. 1). **Con respecto al polo biliar:** si hay un foco inflamatorio crónico, sin aparente compromiso de la V.B.P., ni cálculo remanente en la vesícula, **abstención quirúrgica**. Por el contrario, si hay compromiso de la V.B.P., la conducta sobre el polo biliar, creemos que debe ser activa. **El tratamiento activo** será, según las circunstancias: **mínimo**, si las condiciones del paciente no permiten prolongar la operación. En este caso sólo se hará una coledocostomía y evacuación de cálculos y/o restos de alimentos (tubo de Kehr). Siempre trataremos de realizar un **plan máximo**: colecistectomía, que incluye la desconexión biliodigestiva, con cierre del tubo digestivo; coledocostomía, con tratamiento íntegro de la VBP (tubo de Kehr). En consecuencia es conveniente llegar al acto quirúrgico, con diagnóstico seguro de ileo biliar. En este caso es obligatorio,

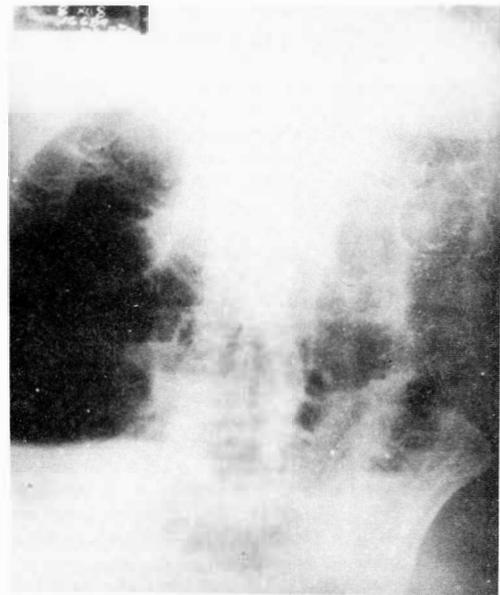


Fig. 1. Rx simple de Abdomen (de pie): gases en todo el marco cólico (dilatado) nivel a nivel cecal. No hay gases en el delgado.

realizar colangiografía i/o. Si como ocurre habitualmente, no actuamos primariamente sobre el polo biliar (como en nuestras 2 observaciones), la conducta definitiva la decidiremos a posteriori, de acuerdo al balance lesional. Tendremos en cuenta, si se trataba de una fístula anatómica y/o funcionante, o si hay otros cálculos, en la vía biliar principal o accesoria (eventual reiteración del ileo biliar). También valoraremos las condiciones generales del paciente, como en la observación 2 (paciente Parkinsoniano, etc.). Nuestras observaciones, que se comportaron como fístulas anatómicas, no funcionantes (sin ictericia, ni colangitis ascendente, sin diarrea biliar en la obs. 2 fístula colecistocólica, así como por el control radiológico postoperatorio CxE, etc.), no fueron sometidos a operación sobre su vía biliar. La evolución alejada ha sido excelente.

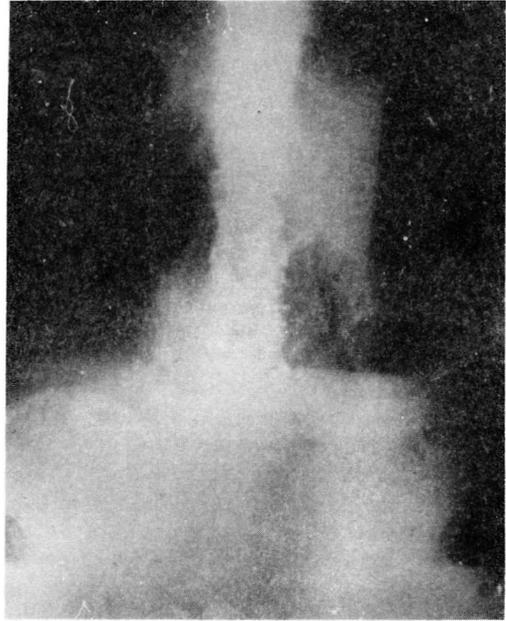


Fig. 3. Rx simple de Abdomen (de pie): Distensión gaseosa del marco cólico, niveles en sigmoide y FID. Oclusión cerrada.



Fig. 2. Cálculo (2.5 cm), que llegó al sigmoide, luego de transitar todo el delgado.

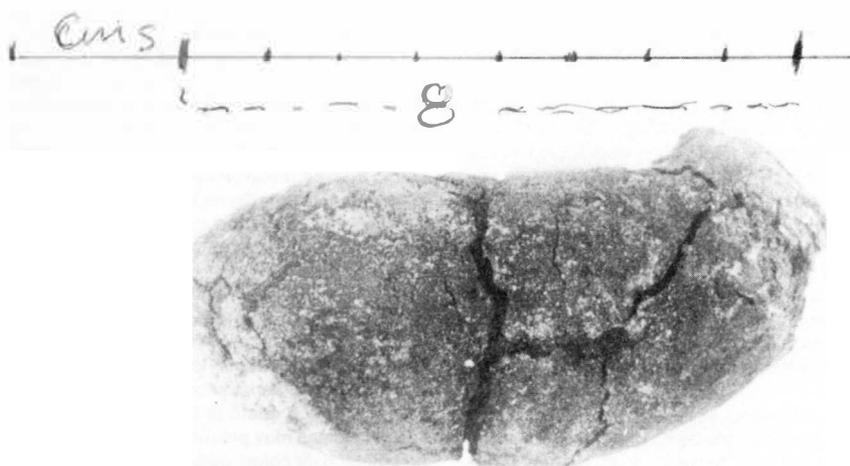


Fig. 4. Gran cálculo (8 cm × 3,5 cm). Migró al colon por fístula colecisto cólica.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- ALBA E. — Fístulas biliodigestivas espontáneas y sus complicaciones. Relato. Congreso Uruguayo de Cirugía, 23°. Cir. Urug., 42: 304, 1972.
- AMORIN CAL R. — Fístulas colecistocolónicas espontáneas. Cir. Urug. 40: 409, 1970.
- ANDERSON R.E., WOODWARD N., DIFFENBAUGH W.G., STROHL E.L. — Gallstone Obstruction of the intestine. Surg. Gynecol. Obstet., 125: 540, 1967.
- ARDAO A.R. — Ileo Biliar. Bol. Soc. Cir. Urug., 33: 155, 1962.
- ASINER B., PRADERI R. — Tratamiento de la obstrucción duodenal por cálculo biliar. Cir. Urug., 41: 317, 1971.
- BEROIS N.L. — Radiología de las fístulas biliodigestivas espontáneas y sus complicaciones. Cir. Urug., 42: 335, 1972.
- BOSCH DEL MARCO L.M. — Fístula biliar interna espontánea. Bol. Soc. Cir. Urug., 24: 185, 1953.
- BOUNOUS M. — Ileo Biliar. Monografía. Montevideo. Fac. de Medicina, (inérita).
- BROCKIS J.G., GILBERT M.C. — Intestinal Obstruction by gallstones. A review of 179 cases. Br. J. Surg., 44: 461, 1957.
- BURSTIN J., DORF J. — Oclusión de Colon por cálculo biliar. Cir. Urug. 51: 75, 1981.
- CERNICH C., CIMINO C. — Fístulas biliares internas espontáneas. Prensa Méd. Argent., 52: 1838, 1965.
- COOPERMAN A.M., DICKSON E.R., REMINE W.H. — Changing concepts in the surgical treatment of gallstone ileus. Ann. Surg., 167: 377, 1968.
- DECKOFF M.D. — Gallstone ileus. A report of 13 cases. An. Surg., 142, 53, 1955.
- DEL CAMPO J.C., OTERO J.P. — Nematosis espontánea de las vías biliares. Bol. Soc. Cir. Urug. (Montevideo), 21: 241, 1940.
- DELGADO B., ZAGIA M. — Ileo biliar duodenal. Cir. Urug., 40: 325, 1970.
- LASALA A.J., SAPORTA J.A. — Les fistules biliodigestives spontanées. Experience chirurgicale de 51 cas. J. Chir. (Paris), 75: 595, 1958.
- LATOURRETTE F. — Ileo biliar. Cir. Urug., 35: 181, 1965.
- LIARD W. — Ileo Biliar. Monografía. Montevideo, Fac. de Medicina. (Inédita).
- LIARD W., BOIX E. — Ileo biliar. Visualización radiológica de la fístula colecisto-duodenal. Cir. Urug., 37: 84, 1967.
- LOUBEJAC A. — Ileus biliar. Bol. Soc. Cir. Urug., 12: 202, 1941.
- MAINGOT R. — Operaciones Abdominales. Buenos Aires. Médica Panamericana, 1966. v.2. p. 1154.
- MEROLA L. (h) — Ileo Biliar. Patología, Radiología y Clínica. Prensa Méd. Argent., 61: 608, 1974.
- NARIO C.V. — Ileo Biliar. Valor y significación del espasmo intestinal. La infiltración mesentérica. Prensa Méd. Argent., 38: 1887, 1951.
- PERA GIMENEZ C. — Iléus biliaire (a propos de 23 cas.). Lyon Chir., 57: 513, 1961.
- PORTOS R. — Análisis estadístico. Fístulas biliodigestivas espontáneas (Correlato). Congreso Uruguayo de Cirugía, 23°. Cir. Urug., 42: 339, 1972.
- PRADERI R. — Fístulas coledocoduodenales espontáneas. Congreso Uruguayo de Cirugía, 19°. Montevideo, 1968. t. 2. p. 61.
- RAIFORD T.S. — Intestinal obstruction caused by gallstones. Am. J. Surg., 104: 383, 1962.
- ROLDAN A. — Voluminoso cálculo biliar intraduodenal. Bol. Soc. Cir. Urug., 2: 80, 1931.
- SAEZ H., ARRIAGA P., CAZABAN L.A. — Ileo biliar. Peritonitis por paracentesis diagnóstica. Cir. Urug., 44: 133, 1974.
- SARROCA J.L., MOJOLI A. — Ileo biliar duodenal. Bol. Soc. Cir. Urug., 13: 447, 1942.
- SARROCA J.L., MOJOLI A. — Ileo biliar simulando un cuadro de apendicitis aguda. Bol. Soc. Cir. Urug., 16: 182, 1945.

COMENTARIOS

Dr. A. VALLS: Me felicito de haber escuchado el trabajo del Dr. Armand Ugon. El contacto con los ileos biliares, acompañados de oclusión de colon o produciendo una oclusión de colon, lo tuve hace muchísimos años en la Clínica del Prof. Del Campo.

No fue una enferma que hubiera tratado yo, una enferma que fue operada en la guardia con el diagnóstico de oclusión en asa cerrada de colon, que le hicieron una colostomía transversa y que estaba evolucionando bien y al tercer día expulsó un cálculo por el ano.

Después a través de la colostomía se le hizo un estudio radiológico de colon y se comprobó que había una comunicación vesicular; de modo que quedó perfectamente comprobado y después el estudio radiológico del colon distal mostró que no había ningún neoplasma, de modo que una oclusión en asa cerrada de colon por un cálculo emigrado por una fistula colecisto-cólica.

Creo que en una de las placas se ve algo más que la conexión con la vesícula, me parece que se ve un relleno con bario de la vía biliar principal que está bajando, de modo que puede ser una anastomosis funcionante.

A los enfermos que se les opera con un ileo biliar, que son enfermos graves es muy difícil tratar el polo biliar en ese momento, están en situación crítica, son de los enfermos más graves que hay en emergencia.

Con respecto al número de cálculos puede haber alguno impactado adentro de la vesícula, pero puede haber más cálculos dentro del intestino, de modo que hay que ir a buscar todos los cálculos que pueda haber en el intestino, porque puede haber otro cálculo. Yo me acuerdo que estaba conversando con el Dr. Mérola que había operado varios que tenían 2 ó 3 cálculos más arriba, de modo que se le saca un cálculo y después vuelve

a tener otra oclusión por un cálculo que está migrando, de modo que se tiene que hacer una revisión del intestino para ver si no hay cálculos más arriba.

Yo creo que si el cirujano se ve obligado a actuar sobre la vía biliar, porque el enfermo tiene un problema muy serio sobre la vía biliar, es posible que no pueda resolver todo el problema y que lo que tenga que hacer sea un drenaje de la vía biliar, es preferible hacer un drenaje de la vía biliar principal y nada más; con lo cual se resolvería el problema de la angiocolitis, porque al disminuir la presión de la vía biliar desaparece ese problema, y si tiene un buen tubo colocado en el colédoco se extraerán después los cálculos de manera incruenta.

Dr. O. GIL SOLARES: En los 22 años que llevo actuando en Carmelo, en los primeros años recuerdo haber tenido un caso muy parecido al que relató el Dr. Valls.

Una anciana muy próxima a los 90 años, hicimos diagnóstico de oclusión de colon, oclusión sigmoidea, lo interpretamos como un neoplasma de colon y como era una paciente demasiado frágil le hicimos una colostomía, un ano de Brooke.

A los tres o cuatro días expulsó una concreción, que al principio nosotros pensamos que fuera un fecaloma u otro tipo de cuerpo extraño, pero era del tamaño de un bochín, de unos 6-7 cm de diámetro, lo estudiamos en el laboratorio y eran puros cristales de colesterol; de tal manera que interpretamos que tenía un cálculo biliar con una fístula colecisto-colónica, de la cual la enferma no acusó la más mínima sintomatología.

Evolucionó perfectamente bien y de ninguna manera aceptó la reconstrucción del tránsito que oportunamente le ofreciéramos.