

## ILEUS BILIAR

*Armando M. LOUBEJAC*

Presentado en la Sesión del 2 de Julio de 1941

La observación de íleo biliar que presento a la Sociedad de Cirugía, adolece de la falta que se observa en la mayoría de las comunicadas hasta la fecha, cuando faltan en ellas los antecedentes hepáticos con crisis paroxísticas características: la ausencia de diagnóstico exacto antes de la intervención.

Su publicación responde al deseo de enriquecer la casuística nacional sobre el tema que, hasta el momento, cuenta con las observaciones que se detallan a continuación. El profesor Prat (Domingo), en el segundo tomo de su libro "Íleo", obra de consultas obligada para el que hable de oclusión intestinal en nuestro ambiente, señala seis observaciones hasta 1934. Ellas comprenden: 2 de los Dres. Bottaro y Stajano publicadas en "Anales de la Facultad de Medicina" de 1921, con una muerte; 3 enunciadas por el Dr. García Lagos en su comunicación al Congreso Médico del Centenario, sobre "Tratamiento de la litiasis biliar" sin ninguna muerte; 1 de los Dres. Pérez Fontana y Herrera Ramos, una muerte. El profesor Juan C. del Campo, en 1940, presenta a nuestra Sociedad dos casos de "Neumatosis espontánea de las vías biliares", uno de los cuales corresponde a un íleo biliar con estado general gravísimo en el momento de su ingreso, que obligó a diferir la intervención. Esta se practicó 12 hora después en el Servicio de Turno, falleciendo el enfermo al día siguiente: He aquí la historia clínica de mi observación:

E. L. de V., 52 años, uruguayo, antigua hipertendida que desde hace 9 años padece una hemiplejía derecha, con afasia. No ha tenido nunca cólicos hepáticos y hay, en los antecedentes buscados después de la operación, un discreto sufrimiento crónico de su hipocondrio derecho. El día 15 de marzo del corriente año, a las 8 de la noche, sintió un dolor de intensidad progresiva en la F. I. D. seguido de vómitos alimenticios y biliosos. Pasó

el día 16 en el mismo estado y la vió médico en la tarde del día 17 quien me la pasó con el diagnóstico de apendicitis aguda en la mañana del día 18.

El interrogatorio de la enferma es imposible en razón de su afasia. Sus familiares nos historian su cuadro de dolor y vómitos incoercibles que datan ya de 60 horas. A nuestras preguntas la enferma señala el sitio del dolor en la F. I. D. Hay ausencia de emisión de gases y de materias desde 36 horas antes y la enferma vomita profusamente en nuestra presencia líquido de aspecto bilioso sucio. Una leucocitosis hecha en la mañana por el médico tratante informa 12.200 leucocitos.

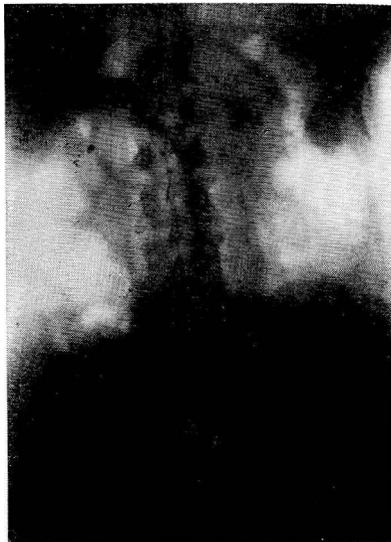


FIG. 1. — *Ileus biliar*. Placa tomada en posición de pie. Ansas delgadas distendidas. No hay niveles líquidos. No se visualiza el cálculo. Ausencia de gas en el colon.

Al examen nos encontramos frente a una enferma obesa, muy deshidratada, sin temperatura rectal ni axilar, y con 100 pulsaciones por minuto.

Vientre discretamente distendido, con intenso dolor a la presión, y defensa, en la zona del Mac Burney. Dolor a la decompresión generalizado. Examen ginecológico negativo. Tacto rectal: Douglas doloroso, no ocupado. En el curso del examen sorprendemos crisis de dolor paroxístico que la enferma localiza en su bajo vientre y que la obligan a cambiar de posición. Parecen retorcijones intestinales netos. Se interna en el Sanatorio y se le hacen placas radiográficas de abdomen que informan lo siguiente:

Placa tomada en posición de pie (fig. 1). — Ansas delgadas distendidas. Ausencia de gas en el colon.

*Placa tomada en decúbito ventral* (fig. 2). — Numerosas ansas delgadas distendidas y superpuestas horizontalmente. Ausencia de gas en el colon.

Se repite la leucocitosis a las 3 horas de la primera: 1700 leucocitos.

*Presión arterial:* Mx. 21; Mn. 12. No se piensa en ileus biliar, pero la duda surgida del examen radiográfico nos hace conducir la intervención en forma de poder actuar si el apéndice no es el responsable. Contra nuestra costumbre hacemos la incisión de Jalaguier en vez de la de Mac Burney.

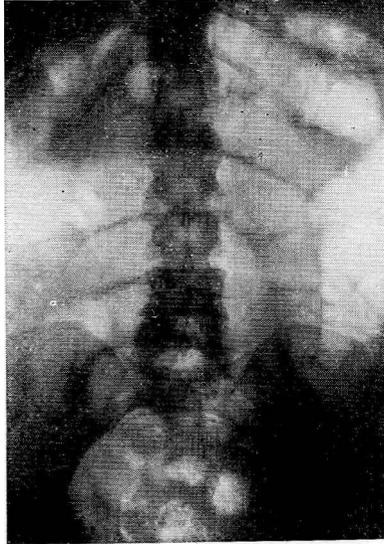


FIG. 2. *Ileus biliar.* — Placa tomada en decúbito ventral. Numerosas ansas delgadas distendidas y superpuestas. Ausencia de gas en el colon.

● *Operación.* — Dr. Loubejac. Morfina previa 1 c.c. Raquianestesia con 0 gr. 10 de novocaína. Buena anestesia. Jalaguier. Apéndice sano, sobre ciego vacío. Ansas delgadas muy distendidas. La mano explora el vientre y extrae la última ansa ileal con un cuerpo extraño, duro, en su interior, a 30 centímetros de su desembocadura en el ciego. Se puede hacer progresar el cuerpo extraño hasta el ciego pero no franquea la válvula ileo-cecal.

Enterotomía longitudinal sobre el cálculo, previa coporostasis con "clamm" a ambos lados. Se extrae un grueso cálculo biliar del tamaño de una nuez. Cierre transversal de la enterotomía en dos planos con "gastergut". El intestino delgado tiene un aspecto normal y su pared no ha sufrido nada por la agresión del cuerpo extraño. Cierre de la pared por planos. Crines en la piel.

*En el examen ulterior* de las placas no se ve cálculo. *Post-operat excelente.* La derivación intestinal se obtiene a las 24 horas y la enfer

abandona el Sanatorio a los 10 días. *Examen radiográfico* de su vesícula y de su estómago y duodeno efectuado el 30 de Junio: Ausencia de sombra vesicular. Estómago y duodeno normales.

---

La instalación del íleo se fué haciendo progresivamente. En el momento del examen radiográfico no había todavía niveles líquidos, pese a estar completado el cuadro clínico de obstrucción intestinal.

*Resumen.* — Presento una observación de íleo biliar en una mujer de 52 años, intervenida a las 66 horas de su iniciación y encarada clínicamente al principio como una apendicitis aguda con 17000 leucocitos. *En las últimas 4 horas* el cuadro se tornó francamente oclusivo, con dolor cólico intermitente y vómitos profusos oscuros. En las placas radiográficas se aprecia una gran distensión de ansas delgadas, sin niveles y sin gases en el intestino grueso, lo que nos hizo pensar francamente en un probable íleus mecánico. Operada con raquianestesia, se extrajo un cálculo enclavado en los últimos centímetros del íleon, obteniéndose un buen resultado operatorio.

---