

Ileo biliar duodenal

Dres. BOLIVAR DELGADO y MIGUEL ZAGIA *

Presentamos un caso de íleo biliar duodenal que creemos de interés por la poca frecuencia de esta afección y por las particularidades de su diagnóstico y tratamiento.

P. V., 74 años. Sanatorio Español, Nº 157.881. Ingresó el 18-4-69 por dolor abdominal alto, detención del tránsito intestinal y vómitos repetidos, al parecer sin bilis. Este cuadro lleva varios días de evolución. No hay antecedentes importantes. Al examen: paciente grave, deshidratado, abdomen libre y no distendido. Se constata por los exámenes de laboratorio la existencia de una uremia de origen renal (3gr.20); oligoanuria marcada y alcalosis. La radiografía simple de abdomen (fig. 1) muestra una neumatosi de vías biliares; no hay distensión abdominal ni niveles. Ante una oclusión digestiva alta (duodenal supravateriana) con neumatosi de vías biliares, se plantea el diagnóstico presuntivo de íleo biliar duodenal.

Se repone en la medida de lo posible y a pesar de su grave estado se resuelve operarlo.

La exploración operatoria muestra: grueso cálculo biliar de unos 7 cm. de longitud enclavado y ocluyendo la segunda porción del duodeno y el ángulo D1-D2. Esta porción del duodeno forma cuerpo con la cara inferior del hígado a nivel de la fosa vesicular, existiendo un gran plastrón inflamatorio donde es muy difícil individualizar los diferentes órganos.

No es posible movilizar el cálculo en ningún sentido. Se realiza una antrotomía y se intenta efectuar a través de ella una litotricia, pero se fracasa.

Duodenotomía vertical sobre D2 extrayéndose el cálculo. La exploración intraluminal muestra que la vesícula prácticamente no existe habiendo sido incorporada al duodeno, el cual forma cuerpo con la fosa vesicular.

Aprovechando la duodenotomía se logra pasar una sonda de intubación nasogástrica al yeyuno (unos 40 cm.).

Cierre de la duodenotomía en dos planos. Como este cierre no satisface, se completa con una aposición serosa con un asa delgada.

El postoperatorio es muy accidentado: uremia, parotiditis, broncoalveolitis, escara sacra.

Al 10º día se instala una pequeña fistula duodenal que se logra cerrar en 4 días con aspiración continua.

El paciente se recupera y compensa progresivamente, pero en el 21º día del postoperatorio, cuando se creían superadas las complicaciones, fallece en forma súbita.

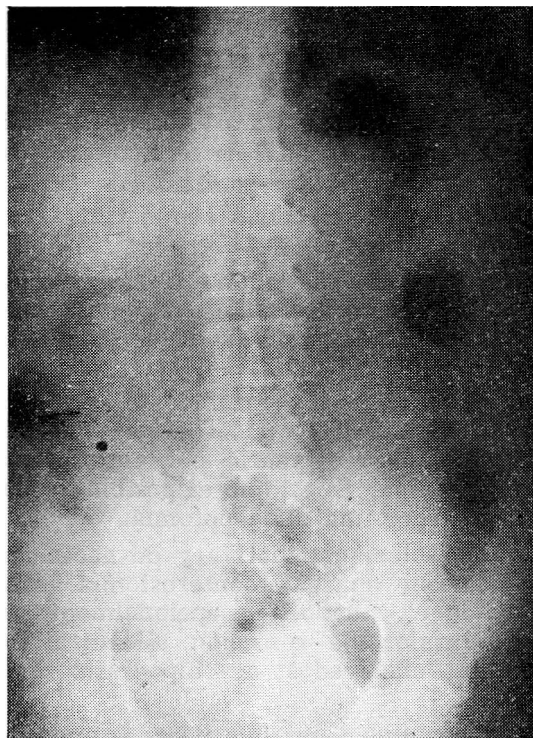


FIG. 1.— Se ve la neumatosi de la vía biliar.

COMENTARIO

La oclusión digestiva por cálculo biliar es poco frecuente. La oclusión del intestino delgado, que es la más frecuente, constituye sólo el 1-2,4 % del total de las oclusiones mecánicas del mismo (1, 10).

Presentado a la Sociedad de Cirugía del Uruguay el 10 de setiembre de 1969.

* Asistente de Clínica Quirúrgica (Francisco Vidal 785, Apto. 5, Montevideo) y Médico Auxiliar de Clínica Quirúrgica (Facultad de Medicina de Montevideo).

La oclusión duodenal por esta etiología es por supuesto mucho menos frecuente y en la literatura se publican casos aislados o series muy cortas (1, 3, 4, 5, 7, 8, 9, 10).

Hertz (6) en 1947 hace una revisión de la literatura y reúne 28 casos incluyendo uno propio.

El cálculo llega al duodeno habitualmente por una fístula colecistoduodenal; excepcionalmente a través del colédoco (2, 9). Generalmente es único y asienta en la primera porción del duodeno o en las vecindades del ángulo duodenoyeyunal.

El diagnóstico raramente es efectuado en el preoperatorio. Debe sospecharse ante una oclusión digestiva alta en una paciente con antecedentes de sufrimiento biliar. La radiografía aporta elementos importantes que pueden llegar cuando están completos a ser patognomónicos: aerobilia + íleo obstructivo + visualización del cálculo (2, 3). Este puede ser radioopaco, lo cual es poco frecuente, o visualizarse indirectamente por la falta de relleno que ocasiona en los estudios contrastados (radiografía de gastroduodeno con barita o hupaque).

La visualización de un cálculo dispuesto transversalmente en esa topografía sería un hecho muy en favor de esta etiología (4).

Durante el acto operatorio se intentará movilizar el cálculo hacia el yeyuno o el estómago para extraerlo por enterotomía o gastrotomía. Si esto no es posible, se deberá realizar una duodenotomía.

Como solución paliativa y de necesidad se ha hecho una gastroenterostomía abandonando el cálculo. Excepcionalmente se ha indicado una resección pilóantral en cálculos enclavados de topografía bulbar (6).

La mortalidad por íleo biliar se mantiene alta en las estadísticas publicadas donde se revisan series grandes de casos, a pesar de que se consideren sólo la de los últimos años (27-34 %) (2, 5, 10). Esta mortalidad, como ya se sabe, supeditada fundamentalmente a: promedio de edad avanzada de los pacientes, retardo en el diagnóstico, desequilibrios humorales, complicaciones, etc. El íleo duodenal no escapa a estos factores de gravedad que en esta topografía se encuentran aumentados.

RESUMEN

A propósito de un caso de íleo biliar duodenal, los autores hacen consideraciones sobre el diagnóstico y tratamiento de esta afección tan grave y poco frecuente.

RÉSUMÉ

A propos d'un cas d'iléus biliaire duodénal, les auteurs présentent des observations sur le diagnostic et le traitement de cette affection si grave et peu fréquente.

SUMMARY

The authors refer to a case of duodenal biliary ileus and present their views on the diagnosis and treatment of this very serious and rare affection.

BIBLIOGRAFIA

1. ANDERSON, R. E., WOODWARD, N., DIFFENBAUGH, W. G. and STROHL, E. L. Gallstone obstruction of the intestine. *Surg. Gyn. Obst.*, 125: 540, 1967.
2. ARDAO, R. Ileo biliar. *Bol. Soc. Cir. Uruguay*, 33: 155, 1962.
3. CHIZZOLA, M. *Consideraciones sobre las fístulas biliodigestivas espontáneas*. Tesis de Doctorado. Fac. Medicina Montevideo, 1959. (Inédita.)
4. FIGIEL, L. S. and FIGIEL, S. J. Gallstone obturation of the duodenal bulb. *Am. J. Roentg.*, 76: 24, 1956.
5. FERMEROS, H. Gallstone ileos. *Acta Chir. Scand.*, 128: 186, 1964.
6. HERTZ, J. Obstruction of the duodenum with special reference to gallstone perforations. *Acta Chir. Scand.*, 96: 233, 1947.
7. MEROLA, L. y URQUIOLA, R. A propósito de dos casos de íleo biliar. *Rev. Cir. Uruguay*, 37: 86, 1967.
8. PITMAN, R. G. and DAVIES, A. The clinical and radiological features of spontaneous biliary fistula. *Brit. J. Surg.*, 50: 414, 1962.
9. SARROCA, J. L. y MOJOLI, A. Ileo biliar duodenal. *Bol. Soc. Cir. Uruguay*, 13: 447, 1942.
10. STITT, R. B., HESHIN, J. D. and CURRIE, D. J. Gallstone ileus. *Brit. J. Surg.*, 54: 673, 1967.

DISCUSION

Dr. Danza: Nos parece de interés el caso porque es un tipo de patología, la patología biliar que es de práctica corriente pero es la complicación que no es tan frecuente como a veces se piensa en las lecturas clásicas.

Nosotros tuvimos oportunidad, el año pasado, de operar a un enfermo con un íleo biliar que en algunos aspectos era similar a éste, sobre todo en el aspecto de que pasó completamente desapercibido el cuadro de colecistitis, por el cual pasó el cálculo, hacia el tubo digestivo.

Era un enfermo que tenía una dispepsia típica, que inclusive no se había estudiado, un hombre, y se había etiquetado como un sufrimiento de tipo coronariano con dolor abdominal.

Nosotros lo vimos con una evolución de 24 horas, vómitos profusos y con un cuadro de una obstrucción completa, infravateriana y donde prácticamente el diagnóstico preoperatorio fue imposible.

Pero la gran deshidratación, los vómitos incoercibles, que inclusive hicieron pensar en un determinado momento en una pancreatitis

porque a parte tenía dolor alto, la falta de aire por debajo de la obstrucción del delgado llevó a la exploración. Esta mostró que había un cálculo biliar colocado en la primera asa yeyunal, muy alto. Se trató de hacer progresar hacia adelante y no se pudo, hacia atrás retrocedió un poco y se sacó por una duodenotomía que era la primera zona aproximadamente sana que había.

La evolución operatoria fue muy buena, y como cosa interesante, se reoperó ese enfermo a los dos meses, para tratar el problema de su litiasis biliar y se encontró que la vesícula estaba vacía, prácticamente no tenía vesícula, la fístula colecistoyeyunal que debía haber existido había desaparecido también, y ese enfermo tenía una litiasis de vía biliar principal que había pasado asintomática no sólo antes del íleo biliar, sino después de la operación del íleo biliar.