

Oclusión de colon por cálculo biliar

Dres. Jacobo Burstin y Jaime Dorf

Mutualista Israelita de Montevideo.

Se presenta un caso de oclusión de colon descendente por cálculo biliar. Se destacan las dimensiones habituales del cálculo y la no existencia de patología previa en el colon.

Palabras clave (Key words, Mots clés) MEDLARS: Intestinal Obstruction.

OBSERVACION

Z.F.D. Historia Nº 34.434. Mujer de 62 años. 72 horas antes del ingreso comienza con dolores abdominales tipo cólico, predominando en hemiabdomen superior. Desde hace más de 36 horas no expulsa materias ni gases, vómitos fecaloideos.

Examen: Apirética. Color de mucosas normal, desidratada, normotensa y taquicárdica. Abdomen: uniformemente distendido. Duele a la compresión.

Antecedentes personales: Multipara, dispepsia selectiva para alimentos grasos. No hay historia de cólicos hepáticos ni de ictericia. No hay antecedentes de operaciones anteriores. Tres meses antes hizo un cuadro similar pero que retrocedió con medicación habitual.

Exámenes: Hemograma. Glicemia. Ionograma dentro de los valores normales.

ECG: Síndrome de Wolf Parkinson White. Radiografía simple de abdomen: Oclusión de colon con varios niveles en intestino delgado, no hay aerobilia (fig. 1).

Se prepara para operar con reposición hidroelectrolítica y aspiración gástrica.

Operación: 12.6.79. Mediana supra e infraumbilical. Exploración: asas delgadas y colon distendidos.

En hipocondrio derecho adherencias fibrosas que solidarizan las vísceras de la región. En el colon descendente a unos 8 centímetros debajo del ángulo esplénico gran cálculo. Por maniobras se hace progresar el cálculo hasta la ampolla rectal. En forma combinada una mano dentro de la cavidad abdominal y con la otra mano por vía rectal se extrae un cálculo de 4 por 3 cms. (fig. 2). Cierre por planos.

Evolución: Postoperatorio sin incidentes con recuperación del tránsito intestinal.

DISCUSION

Una vez recuperada la paciente se trató de objetivar la fistula colecisto - cólica tanto por exámenes de colon que fueron normales como por exámenes de la vía biliar que mostraron ausencia del colecistograma. En ninguno de

éstos se vio un pasaje anormal de medio de contraste. Sin embargo se puede asegurar la existencia de la fistula por el cuadro clínico, las adherencias halladas en el acto quirúrgico y la constatación de bilis en un enema evacuador.

La enferma lleva 6 meses evolucionando bien y rechaza todo tipo de examen o terapéutica.

En nuestro país (1, 3) se han descrito casos de fistula biliodigestiva causando cuadros colangíticos, u oclusiones que terminaron con la expulsión del cálculo de manera natural.

Portos (4) hace un análisis estadístico de toda la bibliografía nacional y tiene sólo una oclusión de colon provocada por el cirujano al pasar un cálculo del delgado al colon en la esperanza de que luego se eliminara espontáneamente.

Si bien la oclusión de colon está descripta por Brockis (2), ésta es de bajar incidencia.

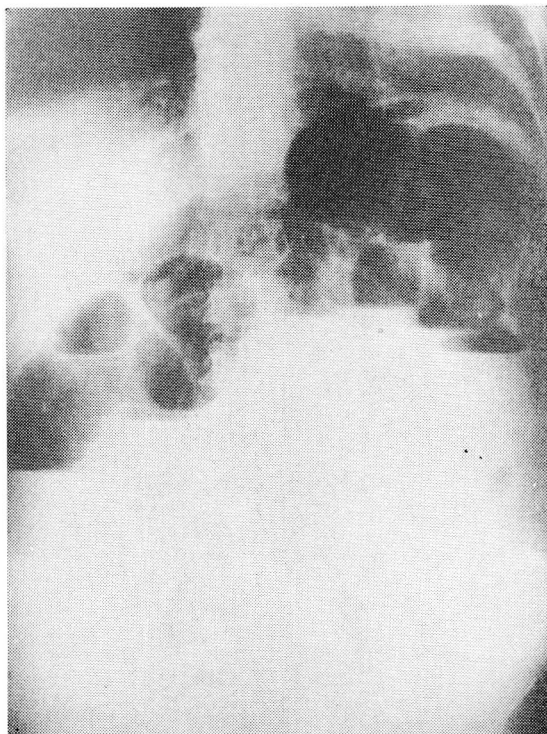


FIG. 1.— Rx. simple de abdomen.

Presentado en la Sociedad de Cirugía del Uruguay, el 28 de mayo de 1980.

Cirujano de Guardia y Médico de Guardia.

Dirección: Maldonado 1409, Montevideo (Dr. J. Burstin).

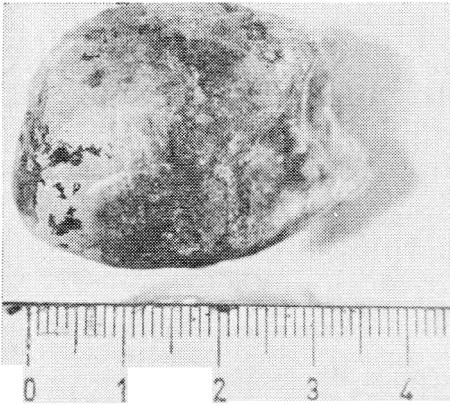


FIG. 2.— Cálculo biliar obstructor.

Este caso tiene de interés la ubicación dentro del colon que es excepcional, pues se describe como más frecuente el sigmoide. Por otra parte el cálculo siendo grande no es de tamaño excesivo y el colon no tenía ninguna patología obstructiva.

RESUME

Occlusion du côlon par calcul biliaire

On présent un cas d'occlusion du côlon descendant due à un calcul biliaire. On met en relief les dimensions habituelles du calcul et l'inexistence de pathologie préalable du côlon.

SUMMARY

Colonic Occlusion by Gall Stone

Description of a case of occlusion of descending colon which was due to gall stone. The calculus was of customary size and colon had presented no previous pathology.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. AMORIN CAL R. Fístulas colecistocolónicas espontáneas. *Cir Uruguay*, 40: 409, 1970.
2. BROCKIS J and GILBERT M. Intestinal obstruction by gall - stones. *Br J Surg*, 44: 461, 1957.
3. ESTAPE G, DI LEONI F, PISANO JA. Fístula colecisto cólica espontánea. *Cir Uruguay*, 47: 163, 1977.
4. PORTOS R. Fístulas biliodigestivas. Análisis estadístico. *Cir Uruguay*, 42: 339, 1972.