

irradiación postoperatoria, con seguimiento mayor a dos años. Este autor recomienda la observación por un tiempo amplio para la identificación de recurrencias y transformación maligna de las lesiones.

En nuestro caso, en vista de los hallazgos histopatológicos, se decide enfocar la patología a un tratamiento conservador con limpieza quirúrgica sin resección de la estructura anatómica y el uso de un inmunomodulador tópico, constatando la evolución clínica satisfactoria y apoyando el enfoque de la observación del paciente y manejo multidisciplinario, brindándole una mejor calidad de vida como premisa fundamental.

REFERENCIAS.

Cahali S, da Silva FB, Machado MC *et al.* 2005. Middle ear squamous papilloma: report of a case and literature review. Braz J Otorhinolaryngol. 71: 396–398.

Carneiro TE, Marinho SA, Verli FD *et al.* 2009. Oral squamous papilloma: clinical, histologic and immunohistochemical analyses. J Oral Sci. 51: 367–372.

Chelimo C, Wouldes TA, Cameron LD *et al.* 2012. Risk factors for and prevention of human papillomaviruses (HPV), genital warts and cervical cancer. J Infect. 66:207–217.

de Filippis C, Marioni G, Tregnaghi A *et al.* 2002. Marino F, Gaio E, Staffieri A. Primary inverted papilloma of the middle ear and mastoid. Otol Neurotol. 23:555–559.

de Santos Torres SAM, Castro TW, Bento RF *et al.* 2007. Lessa HA. Middle ear papilloma. Braz J Otorhinolaryngol. 73: 431.

Derkay CS, Wiatrak B. 2008. Recurrent respiratory papillomatosis: a review. Laryngoscope. 118: 1236–1247.

Gaffey MJ, Frierson HF, Weiss LM *et al.* 1996. Human papillomavirus and Epstein-Barr virus in sinonasal Schneiderian papillomas. An in situ hybridization and polymerase chain reaction study. Am J Clin Pathol. 106: 475–482.

Oliveira LR, Ribeiro-Silva A, Ramalho LN *et al.* 2008. HPV infection in Brazilian oral squamous cell carcinoma patients and its correlation with clinicopathological outcomes. Mol Med Rep. 1: 123–129.

Pou AM, Weems J, Deskin RW *et al.* 2004. Molecular characterization of mutations in patients with benign and aggressive recurrent respiratory papillomatosis: a preliminary study. Ann Otol Rhinol Laryngol. 113: 180–186.

Russell JO, Hoschar AP, Scharpf J. 2011. Papillary squamous cell carcinoma of the head and neck: a clinicopathologic series. Am J Otolaryngol. 32: 557–563.

Tsai ST, Li C, Jin YT *et al.* 1997. High prevalence of human papillomavirus types 16 and 18 in middle-ear carcinomas. Int J Cancer. 71: 208–212.

Zhou H, Chen Z, Li H *et al.* 2011. Primary temporal inverted papilloma with premalignant change. J Laryngol Otol. 125: 206–209.

Recibido: 4 marzo 2016. Aceptado: 25 junio 2016

ÍLEO BILIAR EN PACIENTE DE 83 AÑOS DE EDAD. REPORTE DE CASO.

Werner A. Zambrano Ferre¹, Diego Febres Cordero², Samir Harfouche de Lima², Daniel Segovia Marcano², María Altuve Casal².

¹Facultad de Medicina. Universidad de Los Andes. ²Clínica Albarregas. Apartado Postal 5101. Mérida. Venezuela.

Resumen

Se expone el caso de una paciente de 83 años de edad, que acude a la Clínica Albarregas de la ciudad de Mérida en Venezuela, por cursar con enfermedad de 3 días de evolución, caracterizada por náuseas, dolor abdominal difuso y, posteriormente, vómitos de características intestinales, realizándose evaluación clínica y estudios con lo que se llega al diagnóstico de íleo biliar, intentándose litotricia por colonoscopia pero, en vista de enfermedad diverticular estenosante, es llevada a mesa operatoria para resolución quirúrgica. La paciente presenta infección de sitio operatorio, sin embargo, es egresada con evolución satisfactoria, tolerando vía oral y con dinámica intestinal adecuada al séptimo día del postoperatorio.

Palabras clave: Íleo biliar, síndrome de Bouveret, obstrucción intestinal.

Abstract

Gallstone ileus in an 83 years old patient, Case report.

Case of an 83 year old patient who attends the Albarregas Clinic in Merida city, Venezuela, who has a 3 days evolution disease characterized by nausea, diffuse abdominal pain and vomiting with intestinal characteristics performing clinical evaluation, and studies that reveal the diagnosis of gallstone ileus. Lithotripsy was attempted by colonoscopy, but in view of stenosis diverticular disease is carried to operating table for surgical resolution. The patient had an infection in the surgical site. She was discharged out from the hospital with satisfactory evolution, tolerating oral and intestinal proper dynamics on the seventh day after surgery.

Keywords: biliary ileus, Bouveret syndrome, intestinal obstruction.

INTRODUCCIÓN.

El íleo biliar fue descrito por primera vez en el año 1654 por el Dr. Erasmus Bartholin, un médico y matemático danés que haría el hallazgo durante una autopsia (Mondragón-Sánchez *et al.* 2005). Curvosi describiría en 1890 una serie de 131 casos (Bugliosi 1990). Se denomina de esta forma al paso de un cálculo a través de una fístula bilioentérica que da lugar a una obstrucción mecánica del intestino (Martínez *et al.* 2005). En la patogenia de esta enfermedad se contempla la formación de un cálculo que genera un proceso inflamatorio crónico importante en la vesícula con adherencias que generan la aproximación de la vesícula biliar al tubo digestivo con posterior necrosis por presión de las paredes de la misma y formación de una fístula bilioentérica (Mondragón-Sánchez 2005). Los sitios de obstrucción reportados por Reissner y Cohen fueron íleon terminal (60%), íleon proximal (24%), yeyuno distal (9%), colon y recto (2-4%), duodeno (1-3%) y muy raramente píloro, obstruyendo el vaciamiento gástrico, cuadro conocido como síndrome de Bouveret (Bugliosi 1990) causa el 25% de las obstrucciones intestinales en pacientes mayores de 70 años sin hernias ni antecedentes quirúrgicos (Martínez *et al.* 2005).

El diagnóstico preoperatorio suele ser difícil y sólo se logra en aproximadamente 30% de los casos. Las manifestaciones clínicas más frecuentes son náuseas, vómitos y dolor abdominal, mismas manifestaciones de cualquier obstrucción intestinal. En las radiografías se observan signos de obstrucción intestinal con neumobilia o la presencia de un cálculo calcificado distante de la vesícula biliar (Martínez *et al.* 2005).

El presente artículo tiene la finalidad de presentar un caso, su manejo y correlacionarlo con la literatura analizada.

REPORTE DE CASO.

Se trata de paciente femenino de 83 años, portadora de aneurisma abdominal de larga data y colecistopatía litiasica, que acudió por presentar tres días de evolución con náuseas, dolor abdominal difuso tipo cólico con tendencia a localizarse en flanco izquierdo y posteriormente vómitos de características intestinales. Al examen físico lucía en regulares condiciones generales, con frecuencia cardíaca de 70 lpm, frecuencia respiratoria en 18 rpm, normotensa, deshidratada, con fascies algica y leve tinte icterico,

cardiopulmonar estable, con abdomen blando, deprimible, con ruidos hidroaereos ausentes, dolor a la palpación de flanco e hipocondrio izquierdos con masa palpable, pulsátil y soplo en mesogastrio. En cuanto a pruebas de laboratorio sólo se evidencian 12200 leucocitos por campo, hemoglobina en 17.1 g/dl, glicemia en 133 mg/dl y bilirrubina en 1.1 mg/dl (valor de referencia hasta 1), indiferenciada como hallazgos anormales. Se incluyen radiografía de abdomen donde se evidencia imagen radiopaca en pelvis, correlacionándose con radiografía de 3 meses previos donde se observa imagen similar en área vesicular.



Fig. 1. Rx. de Abdomen simple de pie. Donde se evidencia litiasis vesicular.

Se mejora estado general de la paciente pero en vista de persistir con náuseas y vómitos se coloca sonda nasogástrica obteniéndose gástrico intestinal en la misma, planteándose obstrucción intestinal, por lo que se solicita tomografía donde se aprecia dilatación importante de asas delgadas y estómago e imagen hiperintensa en íleon distal. Es llevada a colonoscopia para litotricia pero, en vista de patología diverticular estenosante, no se logra pasar instrumental hasta el segmento de interés, por lo que es llevada a mesa operatoria donde se realiza laparotomía exploradora, enterotomía a 30 cm de la válvula ileocecal, con extracción de un lito de 8 cm de diámetro y posterior enterografía en dos planos con sutura de polipropileno 3-0.



Fig. 2. Rx. de Abdomen simple de pie. Donde se evidencia litiasis a nivel pélvico.



Fig. 3. Lito extraído de íleon distal

Inicia vía oral al tercer día del postoperatorio, tolerando de forma satisfactoria y progresando hasta dieta completa al quinto día. Presenta infección de sitio operatorio por *Escherichia coli*, manejada con curas y antibioticoterapia, egresándose al séptimo día de postoperatorio en buenas condiciones, tolerando vía oral y con dinámica intestinal adecuada.

Inicia vía oral al tercer día del postoperatorio, tolerando de forma satisfactoria y progresando hasta dieta completa al quinto día. Presenta infección de sitio operatorio por *Escherichia coli*, manejada con curas y antibioticoterapia, egresándose al séptimo día de postoperatorio en buenas condiciones, tolerando vía oral y con dinámica intestinal adecuada.

DISCUSIÓN.

El íleo biliar es una obstrucción mecánica del tracto gastrointestinal causada por impactación de uno o más cálculos dentro de la luz intestinal. Estos cálculos emigran del árbol biliar al intestino por el paso natural a

través del colédoco y la papila o, más frecuentemente, a través de una fistula biliodigestiva (Motta-Ramírez et al. 2007).

Fue descrito por primera vez en el año 1654 por el Dr. Erasmus Bartholin en un protocolo de autopsia (Mondragón-Sánchez et al. 2005).

Es una afección poco frecuente con incidencia de 1 a 4 % de las oclusiones intestinales, pero puede incrementarse a 25% en pacientes mayores de 65 años, siendo más común en sujetos con patología biliar previa. Como complicación se presenta en 0.3 a 0.5 % de las colelitiasis. 1 a 3 % de los íleos biliares se debe a impactación del cálculo en la zona pilórica o duodenal (Gutsein et al. 1997).

Existe una marcada predilección sobre el sexo femenino con relación 5-10:1. El rango de morbilidad y mortalidad es alto y llega a 21%. Se ha asociado con edad avanzada y con enfermedades crónico-degenerativas concomitantes (diabetes 50%, enfermedades cardiovasculares 58% y obesidad 58%) (Martínez et al. 2005).

La patogenia aceptada del íleo biliar propone que los cálculos de gran tamaño y únicos pueden erosionar la pared de la vesícula biliar y del intestino, produciendo un proceso inflamatorio crónico que reduce el flujo arterial, así como el drenaje venoso y linfático, ocasionando aumento de la presión intraluminal vesicular que favorece la necrosis y la formación de fistulas biliodigestivas (Motta-Ramírez et al. 2007).

Los sitios de obstrucción reportados por Reissner y Cohen (1994) fueron íleon terminal (60%), íleon proximal (24%), yeyuno distal (9%), colon y recto (2-4%), duodeno (1-3%) y muy raramente píloro, obstruyendo el vaciamiento gástrico, cuadro conocido como síndrome de Bouveret (Bugliosi 1990).

La presentación clínica es a menudo muy vaga lo que retarda la atención médica, solo el 20 a 30% de los pacientes con íleo biliar presentan dolor tipo cólico. Los síntomas dependen del lugar de la impactación del cálculo y puede comenzar como dolor abdominal con distensión, náuseas, vómitos, anorexia, pérdida de peso, ictericia, diarrea, constipación, entre otros, o como sus complicaciones: colangitis, perforación intestinal, peritonitis, absceso intraabdominal, hemorragia digestiva (Motta-Ramírez et al. 2007).

La radiografía abdominal es indispensable para establecer el diagnóstico. Los signos clásicos fueron descritos por Rigler et al. (1941), e incluyen asa de intestino delgado dilatadas (53%), visualización directa o indirecta del lito en el intestino delgado (35%), neumobilia (29%) y cambio de posición demostrada del lito (6%). La presencia de dos signos es patognomónica de íleo biliar, verificándose en 40-50% de los casos. Los hallazgos tomográficos incluyen neumobilia, obstrucción mecánica, lito ectópico en la luz intestinal, distorsión de la pared vesicular y fístula colecistoentérica (Reisner y Cohen 1994).

Dado que esta patología es más frecuente en pacientes con múltiples enfermedades, con un importante deterioro de su estado general que se asocian a confusión diagnóstica y demora terapéutica y consiguiente elevada morbimortalidad, el tratamiento es urgente. Si el tratamiento médico no es eficaz o no es posible de aplicar (endoscopia digestiva alta o baja, litotricia, etc.), el tratamiento es quirúrgico y debe estar dirigido primordialmente a la obstrucción intestinal y secundariamente a la fístula biliodigestiva, lo que puede realizarse simultáneamente o no dependiendo de las condiciones locales y generales del paciente (Martínez et al. 1997).

Se ha demostrado que el acceso laparoscópico disminuye la agresión quirúrgica y, por tanto, el número de complicaciones en pacientes de alto riesgo. No obstante, con esta técnica se requiere de una minilaparotomía por la cual extraer el segmento intestinal con el cálculo impactado y es probable que la experiencia del cirujano con este tipo de abordaje tenga influencia sobre los resultados. Sin embargo, la experiencia con este abordaje todavía es limitada y serán necesarios nuevos estudios que clarifiquen la utilidad de la laparoscopia en los pacientes con íleo biliar. Cabe decir que todavía no se han comunicado experiencias que comparen el abordaje laparoscópico para la cirugía en un tiempo frente a la cirugía en dos tiempos (Moberg y Montgomery 2007).

REFERENCIAS.

- Mondragón-Sánchez A, Berrones-Stringel G, Tort-Martínez A et al. 2005. Catorce años de experiencia en el manejo quirúrgico del íleo biliar. Rev Gastroenterol Mex 70: 44-49.
- Bugliosi TF. 1990. Acute abdominal pain in the elderly. Ann Emerg Med 19: 1383-1386.
- Motta-Ramírez G, González-Burgos O. 2007. Íleo biliar: Lo que el Radiólogo debe saber. Anales de Radiología México. 1: 43-50.
- Gutsein Feldman D, Herrainz Hidalgo G, Alcaín Martínez G et al. 1997. Síndrome de Bouveret: enfoque diagnóstico y terapéutico a propósito de un nuevo caso. Cir Esp; 61: 473-475.
- Reisner RM, Cohen JR. 1994. Gallstone ileus: a review of 1001 reported cases. Am Surg 60: 441-446.
- Leiro FO. 2005. Cirugía de Urgencia. 2º ed. Panamericana. Buenos Aires. 38: 525.
- Rigler LG, Borman CN, Noble JF. 1941. Gallstone obstruction, pathogenesis and Roentgen manifestations, JAMA 117: 1753-1759.
- Moberg AC, Montgomery A. 2007. Laparoscopically assisted or open enterolithotomy for gallstone ileus. Br J Surg 94: 53-57.

Recibido: 21 abril 2016

Aceptado: 15 nov 2016

ÍNDICE ACUMULADO.

MedULA, Revista de la Facultad de Medicina de la Universidad de Los Andes ISSN 0798-3166
Volumen 25. Número 1. Junio 2016

TABLA DE CONTENIDO. TABLE OF CONTENTS.

Página/Page

Consejo Editorial	2
Nuestra portada	2
Editorial. Veinticinco años (1991-2016 ¡un cuarto de siglo!) de nuestra revista MedULA. Twentyfive years (1991.2016 ¡A quarter of a century!) of our Journal MedULA. <i>Pedro José Salinas, Editor Jefe</i>	3-4
Nota de Retiro de artículos por falta de ética de los autores. Nota de Retiro de artículos de MedULA por faltas de ética de los autores.....	5
Artículos originales. Actividad bacteriostática y bactericida de extractos etanólicos de propóleos venezolanos y europeos sobre <i>Escherichia coli</i> y <i>Staphylococcus aureus</i> . Bacteriostatic and bactericidal activity of Europeans and Venezuelans ethanolic propolis extracts on <i>Escherichia coli</i> and <i>Staphylococcus aureus</i> . <i>Marielsa Gil, Marialbet González, Oleyna Orlandi, Katlhen Ugas, Graciela Nicita, Esther Perozo</i>	6-12