



92 11209



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

SERVICIO DE GASTROCIRUGÍA  
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES  
CENTRO MEDICO NACIONAL SIGLO XXI  
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

ILEO BILIAR. REPORTE DE UN CASO

TESIS

PARA OBTENER EL TÍTULO DE  
“ CIRUJANO GENERAL ”

PRESENTA

DR. BENJAMÍN GALLO ARRIAGA.

ASESOR.

DR. MAURICIO DE LA FUENTE LIRA

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

MÉXICO, D.F. 2002



Universidad Nacional  
Autónoma de México



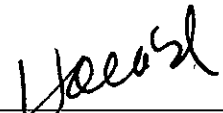
**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

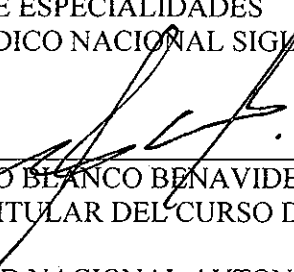
**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).


El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

# ILEO BILIAR. REPORTE DE UN CASO.

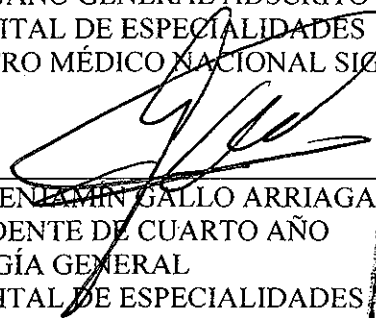
  
DR. JOSÉ HALABE CHEREM  
JEFE DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN  
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES  
CENTRO MÉDICO NACIONAL SIGLO XXI

  
DR. ROBERTO BLANCO BENAVIDES  
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN CIRUGÍA  
GENERAL.  
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO  
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE GASTROCIRUGÍA  
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES  
CENTRO MÉDICO NACIONAL SIGLO XXI



  
DR. MAURICIO DE LA FUENTE LIRA  
ASESOR DE TESIS.  
CIRUJANO GENERAL ADSCRITO AL SERVICIO DE GASTROCIRUGÍA  
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES  
CENTRO MÉDICO NACIONAL SIGLO XXI

SUBDIVISION DE ESPECIALIZACION  
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
FACULTAD DE MEDICINA  
U. N. A. M.

  
DR. BENJAMÍN GALLO ARRIAGA  
RESIDENTE DE CUARTO AÑO  
CIRUGÍA GENERAL  
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES  
CENTRO MEDICO NACIONAL SIGLO XXI

DELEGACION 3 SUROESTE D.F.  
C.M.N. SIGLO XXI  
HOSP. DE ESPECIALIDADES  
**RECEBIDO**  
03 OCT 2002  
DIV. EDUCACION E INVESTIG. MEDICA

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## INDICE

Agradecimientos .....	3
Antecedentes .....	4
Material y Métodos .....	12
Diseño del estudio .....	12
Universo de trabajo .....	12
Descripción de variables .....	12
Reporte del caso .....	13
Discusión .....	14
Conclusiones .....	17
Referencias Bibliográficas .....	18
Anexos .....	20

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## INDICE DE ANEXOS

Portada "Revista de Gastroenterología de México" donde aparece la publicación .....	20
Publicación .....	21
Fe de Erratas .....	22

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

## AGRADECIMIENTOS

A mi padre, porque como ya lo dije una vez, eres el mejor de mis maestros. Gracias papá.

A mi madre por tu estímulo, ejemplo y apoyo infinito. Gracias mamá.

A Carol por ser la mejor parte de mi vida y mi piedra angular.

A Edgar y Ana Lucía mis hermanos y amigos de siempre.

A mi abuela Gloria, porque siempre, siempre estás ahí.

Aunque ya no están, siempre están, mi abuelo Benjamín, mi abuela Guadalupe, mi abuelo Edgar y mi tío Andrés de Alba.

A mi maestro el Dr. Roberto Blanco Benavides. Gracias infinitas.

A mi asesor, el Dr. Mauricio de la Fuente, quién prendió en mí el interés por investigar.

A mis amigos, casi hermanos Roberto, Toño, René, Ismael, Maru, Edgar Bravo.

A mis hermanos quirúrgicos José Armando, Eduardo, Juan Carlos, Ernesto, Horacio y José Fernando; con quienes compartí tanto.

A mis excelentes maestros y amigos Enrique Medina, Manuel Chavelas, Juan Mier y Díaz, Felipe Robledo, Octavio Medina, Erick Romero, Gustavo Fugarolas, Alejandra Morinelli, Gustavo Olmos, Enrique Luque, José Luis Martínez, Isaac Zaga y José Burguete.

A Pamela, Fidel, Natalia y Fidel Jr. Gracias por el apoyo de siempre.

A Esther Alicia Gallo Flores, gracias por el empujón.



## **ILEO BILIAR.**

### **I. ANTECEDENTES.**

El ileo biliar se produce cuando la luz intestinal se obstruye por un cálculo lo suficientemente grande para producir la obstrucción total de ésta; (1) es una forma inusual de obstrucción intestinal. La edad media de presentación es alrededor de los 70 años y la mayoría de los pacientes son mujeres (2) con una relación que varía de 3:1 hasta 16:1 en algunos reportes (3); es probablemente el aumento en la expectativa de vida lo que ha aumentado la incidencia de ileo biliar. (4)

El ileo biliar representa del 1 al 3% de las obstrucciones del intestino delgado no estranguladas en pacientes menores de 65 años (2, 5), pero representa alrededor del 25% en los pacientes mayores de 65 a 70 años. (2, 3, 5)

Cuando un paciente mayor de 65 a 70 años se presenta con un cuadro de obstrucción intestinal, pero sin una hernia encarcelada de la

pared abdominal, cicatriz de laparotomía previa y hay poca sospecha de malignidad debe considerarse la presencia de un ileo biliar. (1)

La fisiopatología del ileo biliar consiste en la erosión de un cálculo biliar (por lo general de un diámetro de 2.5 cm o más) hacia la luz intestinal por la formación de una fístula colecistoentérica; (2) se piensa que los factores locales como inflamación crónica e isquemia vesicular son los componentes más importantes en la fisiopatología de este problema, pruebas recientes sugieren que también pueden contribuir factores sistémicos como la inmunosupresión. (6) Muy a menudo la fístula se produce hacia el duodeno. (2)

Una vez que el cálculo migra a través de la fístula al tracto intestinal se impacta a nivel del ileon, en los últimos 50 cm, donde la luz es más estrecha y la peristalsis más débil. Sin embargo puede impactarse a nivel del yeyuno, duodeno, estómago o colon sigmoides; (1, 2, 4, 7, 8) algunas series como la Reisner y Cohen reporta las siguientes frecuencias: ileon 61%, yeyuno 16%, estómago 14%, duodeno 4% y colon 4%. (3, 5)



En 1890, cuando Courvoisier reportó por primera vez 44 casos de ileo biliar tratados quirúrgicamente reportó una mortalidad quirúrgica del 44 %; (1, 3) actualmente la mortalidad ha disminuido de manera considerable probablemente reflejo de una mejoría en la resucitación preoperatoria y en los cuidados postoperatorios. Sin embargo estos pacientes continúan siendo difíciles de manejar debido a que presentan enfermedades concurrentes como cardiopatías, diabetes mellitus y obesidad; las enfermedades cardíacas son las más comunes. (3, 4, 9) Las grandes series reportan mortalidad de 11.7% cuando sólo se realiza enterolitotomía y de 16.9% cuando se agrega al procedimiento la reparación quirúrgica de la fístula en un solo tiempo quirúrgico. (3, 5) Algunas series reportan una mortalidad global del 15 al 18% (2) y otras un 7.5%. (10)

La sintomatología típica en este cuadro es la de una obstrucción mecánica del intestino, los síntomas más comunes son: dolor abdominal tipo cólico, vómitos, distensión abdominal y ausencia de canalización de gases. La duración de los síntomas antes del ingreso hospitalario varía de 4 a 8 días en las grandes series publicadas. La obstrucción ha sido descrita como tambaleante ya que a medida que el cálculo recorre el intestino los síntomas presentan altibajos. (2, 4, 9, 11)



La mitad de los pacientes tienen antecedentes de litiasis biliar y sólo unos pocos tienen síntomas que sugieren colecistitis aguda aunada o precedente al cuadro oclusivo. (2, 4)

El diagnóstico correcto previo a la laparotomía se realiza en un 30 a 45% de los casos. (3, 10) La radiografía simple de abdomen suele revelar un patrón compatible con obstrucción intestinal, puede mostrar aire en el árbol biliar (neumobilia) en 20 a 50% de los pacientes. (1- 5, 9)

Los criterios radiológicos en la placa simple de abdomen fueron determinados por Rigler y son los siguientes: 1) aire o medio de contraste en el tracto biliar, 2) localización aberrante del cálculo biliar, 3) datos de oclusión intestinal y 4) cambio de la localización del cálculo previamente observado. (3- 5) La presencia de dos de los tres primeros signos se considera patognomónica de ileo biliar y se encuentra del 40 al 50% de los casos. La neumobilia puede observarse hasta en el 90% de los casos. (4, 5)

Es importante hacer notar que la presencia de neumobilia sola no es específica de ileo biliar ya que un porcentaje importante de los

casos de neumbilia se relacionan con cirugía biliar previa (derivaciones biliodigestivas) ó un esfínter de Oddi incompetente. (4)

El ultrasonido ha demostrado tener una utilidad importante en el diagnóstico de ileo biliar, puede demostrar el cálculo impactado a nivel intestinal y la presencia de colelitiasis residual o coledocolitiasis. (2-4, 12) Los exámenes contrastados del tubo digestivo son también de utilidad pues identifican la fístula bilioentérica; (3, 4, 9) la TC puede mostrar cálculos grandes que causan obstrucción. (3)

A pesar de todos estos estudios la sospecha clínica es la parte más importante para un diagnóstico temprano. (3, 10)

El tratamiento quirúrgico es el de elección. (1, 3- 6, 9- 11, 13) El manejo inicial debe apuntar al restablecimiento del equilibrio hidroelectrolítico seguido por una laparotomía exploradora para liberar la oclusión intestinal. (1, 2, 4, 13)

El manejo quirúrgico puede llevarse a cabo mediante laparotomía formal o minilaparotomía. (13)

Los procedimientos quirúrgicos se enfocan al alivio de la obstrucción; puede manipularse el cálculo proximalmente al yeyuno y extraerse mediante una enterotomía en intestino sano; en caso de que el segmento obstruido se encuentre isquémico o perforado se requiere de una resección intestinal. (1- 4, 9, 13)

Algunos autores reportan buenos resultados con el procedimiento de una etapa en el cual se combina la enterotomía ya sea con colecistectomía, colecistostomía y/o reparación de la fístula bilioentérica. Este manejo ha sido controvertido por mucho tiempo en el manejo del ileo biliar, no hay un acuerdo en realizar la enterotomía sola, el procedimiento en una etapa ó la reparación biliar en una cirugía posterior. (3, 4). La literatura reporta el cierre espontáneo de la fístula en la mayoría de los casos, (2, 3, 4, 13) lo que no hace necesario el abordaje de la fístula. Está indicada la colecistectomía y el cierre de la fístula en forma electiva si persisten síntomas de colecistitis crónica. (2)

Sin embargo Clavien y Burgan recomiendan el procedimiento en una sola etapa cuando las condiciones locales y generales lo permitan. (4) No obstante la mayoría de las series reportan una mayor mortalidad con este abordaje. (3, 5)

Un procedimiento mandatorio durante la laparotomía exploradora es la revisión de todo el intestino delgado y la vesícula en busca de más cálculos, se estima que puede ocurrir otro episodio de ileo biliar hasta en un 3 a 16% de los casos, lo que puede evitarse con esta simple maniobra. (1, 3, 11)

Se han utilizado técnicas endoscópicas mediante las cuales en algunos casos se ha conseguido extraer el cálculo, hay reportes de extracción endoscópica de cálculos del yeyuno proximal y del colon sigmoides (con la luz disminuida debido a enfermedad diverticular) auxiliados por litotripsia por onda de choque, este procedimiento solo es posible cuando no hay asas llenas de gas que se interpongan entre la pared abdominal y el cálculo ya que las ondas de choque serán reflejadas o atenuadas por el intestino lleno de gas. (3- 5, 14, 15)

La obstrucción duodenal por un cálculo biliar, conocida como síndrome de Bouvret ocurre en el 10% de los casos y puede manejarse mediante duodenotomía y cierre primario ó mediante endoscopia fragmentando el cálculo mecánicamente o con litotripsia. (1, 5)

Los métodos endoscópicos con o sin litotripsia deberán ser reservados para pacientes con riesgos quirúrgicos demasiado altos.

La causa más común de morbilidad postquirúrgica reportada en la literatura continúa siendo la infección de la herida quirúrgica; se reporta hasta en el 75% de los pacientes operados por esta patología. Se piensa que la obstrucción crónica asociada con el ileo biliar crea un medio ambiente en el cual la translocación bacteriana pasa desapercibida y produce contaminación de la herida; la obesidad contribuye a este problema. Es prudente el considerar a estas heridas como contaminadas y tratarlas acorde a esta situación. (3)

Debido a que no es frecuente el diagnóstico preoperatorio del ileo biliar mediante estudios radiográficos simples se decidió realizar el reporte del presente caso clínico de ileo biliar con imágenes radiográficas, manejado por el servicio de Gastrocirugía del Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional Siglo XXI.



## II. MATERIAL, PACIENTES Y MÉTODOS

**2.1 Diseño del estudio.** Es un estudio prospectivo, en el cual se reporta mediante imágenes radiográficas, el caso de una paciente que presentó un cuadro de oclusión intestinal secundario a un cálculo biliar; la paciente se sometió a manejo quirúrgico con la resolución satisfactoria del cuadro oclusivo mediante la extracción del cálculo.

**2.2 Universo de trabajo.** El estudio se realizó en el Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional Siglo XXI del IMSS. Un paciente manejado en el servicio de Gastrocirugía que ingresó con diagnóstico de colecistitis aguda.

**2.3 Descripción de las variables.** Un paciente femenino que presentó cuadro clínico de ileo biliar y radiografías simples de abdomen.



### III. REPORTE DEL CASO.

Ingresó un paciente femenino de 75 años en el servicio de Admisión continua del Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional Siglo XXI del IMSS con cuadro de dolor abdominal de 24 horas de evolución localizado en el hipocondrio derecho con irradiación a espalda, intenso, acompañado de náusea y vómito, fiebre de hasta 39°; presentó además hiperglucemia, descontrol metabólico y oliguria prerrenal. Se ingresó al servicio de Gastrocirugía y se inició manejo integral para mejorar sus condiciones, 24 horas después presentó distensión abdominal importante, incremento del dolor abdominal y ausencia de canalización de gases.

Se tomaron placas simples de abdomen a su ingreso y al presentar la distensión abdominal; en la inicial se observó el cálculo a nivel del hipocondrio derecho y en la siguiente se observó dilatación importante de asas de intestino delgado, ausencia de gas en colon y la imagen del cálculo biliar en el área de la fosa iliaca derecha correspondiente a un lito impactado a nivel de la válvula ileocecal. La paciente fue sometida a laparotomía exploradora (LAPE) y se encontró un cálculo de aproximadamente 3 cm impactado a 20 cm de la válvula



ileocecal; se realizó una enterotomía en el borde antimesentérico proximal al sitio de impactación y se extrajo el cálculo; se revisó el intestino delgado en toda su extensión y la vesícula biliar en busca de más cálculos sin encontrar alguno. Se llevo a cabo el cierre de la enterotomía en dos planos de manera transversal.

La paciente evolucionó satisfactoriamente, el tránsito intestinal se reestableció a las 72 horas de la cirugía y toleró la vía oral a los 4 días de la cirugía.

#### **IV. DISCUSIÓN.**

Se reportó el caso de un paciente femenino de 75 años que cursó con oclusión intestinal secundaria a un cálculo biliar. En la literatura consultada se reporta un incidencia mayor de éste padecimiento en pacientes mayores de 70 años y del sexo femenino. (1-5)

El padecimiento de la paciente inició 24 hrs. antes de su ingreso como un cuadro de colecistitis crónica litiásica agudizada, acompañado de descontrol metabólico debido a la presencia concomitante

ileocecal; se realizó una enterotomía en el borde antimesentérico proximal al sitio de impactación y se extrajo el cálculo; se revisó el intestino delgado en toda su extensión y la vesícula biliar en busca de más cálculos sin encontrar alguno. Se llevo a cabo el cierre de la enterotomía en dos planos de manera transversal.

La paciente evolucionó satisfactoriamente, el tránsito intestinal se reestableció a las 72 horas de la cirugía y toleró la vía oral a los 4 días de la cirugía.

#### **IV. DISCUSIÓN.**

Se reportó el caso de un paciente femenino de 75 años que cursó con oclusión intestinal secundaria a un cálculo biliar. En la literatura consultada se reporta un incidencia mayor de éste padecimiento en pacientes mayores de 70 años y del sexo femenino. (1-5)

El padecimiento de la paciente inició 24 hrs. antes de su ingreso como un cuadro de colecistitis crónica litiásica agudizada, acompañado de descontrol metabólico debido a la presencia concomitante

de diabetes mellitus. 24 hrs. después de su ingreso presentó datos de oclusión intestinal; según Mulvihill, Clavien y Richon, Heuman y Eagle los síntomas más comunes son el dolor tipo cólico, la distensión abdominal y la ausencia de canalización de gases (2,4,9,11); signos clínicos que presentó la paciente. Además la presencia de diabetes mellitus como patología agregada es frecuente en estos pacientes. (3,4,9)

El diagnóstico en este caso se realizó mediante radiografías simples de abdomen tomadas a su ingreso y al presentar el cuadro de oclusión intestinal. En éstas, se observan dos de los tres primeros criterios de Rigler (localización aberrante del cálculo y datos de oclusión intestinal), los cuales son patognomónicos de íleo biliar y se presentan en el 40 a 50% de los casos. (3-5)

La paciente fue sometida a LAPE, se realizó enterotomía proximal al sitio donde el cálculo se encontraba impactado, se extrajo el mismo y se hizo cierre transversal en dos planos de la enterotomía.

Este manejo quirúrgico es el más recomendado por la mayoría de los artículos citados, ya que el cierre de la fístula

colecistoentérica se produce de manera espontánea en la mayoría de los casos. (2-4,13)

Clavien y Burgan recomiendan el procedimiento en una sola etapa (enterotomía con extracción del cálculo y cierre de la fístula colecistoentérica) cuando las condiciones locales y generales del paciente lo permitan. (4)

Se revisó el intestino delgado en toda su longitud ya que en el 3 al 16% de los casos puede ocurrir otro episodio de ileo biliar por cálculos no detectados en el intestino. (1,3,11)

El hallazgo quirúrgico fue de un cálculo biliar de 3 cm impactado a 20 cm de la válvula ileocecal. Según Mulvihill, los cálculos mayores de 2.5 cm son los que con mayor frecuencia erosionan el fondo vesicular y forman la fístula colecistoentérica. (2) En otras publicaciones se reporta el sitio de impactación del cálculo en los últimos 50 cm del ileon como el lugar más frecuente. (1,2,4,7,8)

## V. CONCLUSION

El manejo pre, trans y post operatorio de nuestra paciente fue adecuado. Este se reporta como el tratamiento de elección en la literatura consultada.

Pensamos que el ileo biliar es una patología frecuente en personas de edad avanzada que suelen tener enfermedades crónico degenerativas asociadas; es una causa de oclusión intestinal común en este grupo etario (hasta el 25% de los casos) que en muchas ocasiones no es tomada en cuenta.

Estos pacientes deben recibir una reanimación adecuada y temprana para llevar a cabo el tratamiento quirúrgico lo antes posible mediante enterotomía y extracción del cálculo para aliviar la oclusión intestinal.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Morrissey K, McSherry C. Fístula biliar interna e ileo biliar. En: Blumgart. Cirugía del hígado y de las vías biliares, tomo 1. Buenos Aires, Argentina: Editorial Médica Panamericana; 1990. p. 904 – 918.
2. Mulvihill S. Manejo quirúrgico de la litiasis biliar y complicaciones postoperatorias. En: Sleisenger, Fordtran. Enfermedades gastrointestinales y hepáticas, tomo 1, 6ª edición. Buenos Aires, Argentina: Editorial Médica Panamericana; 2000. p. 1043.
3. Reisner R, Cohen J. Gallstone ileus: a review of 1001 reported cases. *The American Surgeon* 1994; 60 (6): 441 – 446.
4. Clavien A, Richon J, Burgan S, Rohner A. Gallstone ileus. *British Journal of Surgery* 1990; 77 (7): 737 – 742.
5. Lübbers H, Mahlke R, Lakisch P. G. Gallstone ileus: endoscopic removal of a gallstone obstructing the upper jejunum. *Journal of Internal Medicine* 1999; 246: 593 –597.
6. Roslyn J, Zinner M. Vesícula biliar y sistema biliar extrahepático. En: Schwartz. Principios de cirugía, 6ª edición, Vol. II. México: Editorial Interamericana McGraw-Hill; 1995. p. 1423.
7. Kalloo A, Kantsevov S. Gallstones and biliary diseases. Primary Care; *Clinics in Office Practice* 2001; 28 (3) De MD Consult

8. Abou-Saif A, Al-Kawas FH. Complications of gallstone disease: Mirizzi syndrome, cholecystocholedochal fistula, and gallstone ileus. American Journal of Gastroenterology 2002; 97 (2): 249 – 254. De NIH/NLM MEDLINE
9. Heuman R, Sjö Dahl R, Wetterfors J. Gallstone ileus: an analysis of 20 patients. World Journal of Surgery 1980; 4 : 595 – 600.
10. Rodríguez Hermosa JI. Gallstone ileus: results of analysis of a series of 40 patients. Gastroenterología y Hepatología 2001; 24 (10): 489 – 94. De NIH/NLM MEDLINE
11. Eagle K. Gallstone ileus. The New England Journal of Medicine 1996; Septiembre 26: 942.
12. Davies RJ, Sandrasagra FA, Joseph PEA. Case report: ultrasound in the diagnosis of gallstone ileus. Clinical Radiology 1991; 43: 282 – 84.
13. Galizia G. Biliary ileus: a review of the literature and report of a clinical case treated by minilaparotomy. Annaly Italiani di Chirurgia 2000; 71 (4): 483 – 9. De NIH/NLM MEDLINE.
14. Patel SA, Engel H, Fine MS. Role of colonoscopy in gallstone ileus: a case report. Endoscopy 1989; 21: 291 – 292.
15. Sackmann M, Holl J, Haerlin M, et al. Gallstone ileus successfully treated by shock wave lithotripsy. Dig Dis Sci 1991; 36: 1794 – 95.

ISSN 0375-0906

# REVISTA DE GASTROENTEROLOGIA DE MEXICO



Organo Oficial de la  
Asociación Mexicana  
de Gastroenterología

VOL. 67

ENERO-MARZO 2002

NÚM. 1



## Imágenes clínicas en gastroenterología

### Íleo biliar

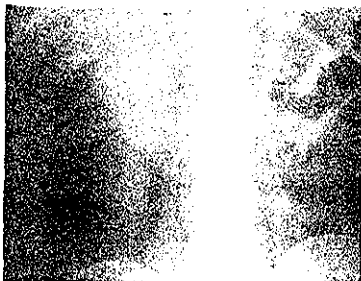


Figura 1. Radiografía de abdomen en decúbito, en la que se observa imagen de densidad calcéica hacia el hipocondrio derecho (flecha), probablemente compatible con litiasis vesicular.



Figura 2. Radiografía de abdomen en decúbito, en la cual se observa gran dilatación de la cámara gástrica, íleo de tipo mecánico, con dilatación de asas de yeyuno e íleon, no se observa gas en colon, además se observa imagen de densidad calcéica hacia la fosa iliaca derecha (flecha).



Figura 3. Acercamiento del área de la fosa iliaca, se aprecia imagen calcéica redondeada por delante del hueso iliaco, probablemente compatible con lito biliar con migración entérica e impactado en la válvula ileocecal.

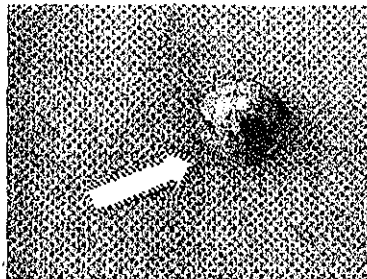


Figura 4. Lito biliar extraído de la luz intestinal.

### CASO CLÍNICO

Paciente femenino de 75 años de edad que ingresa al Servicio de Urgencias con cuadro de dolor abdominal de 24 horas de evolución localizado en cuadrante superior derecho, de tipo cólico intenso acompañado de náusea y vómito, intolerancia a la vía oral, fiebre hasta de 39 grados centígrados, hiperglucemia, descontrol metabólico y oliguria prerenal. Se inicia manejo integral para mejorar sus condiciones generales y 24 horas después presenta distensión abdominal grave e incremento del dolor abdominal. A la exploración física se encuentra con franco cuadro de obstrucción intestinal tanto clínico como radiológica. El lito, que se encontraba en hipocondrio derecho en la radiografía de abdomen de ingreso (Figura 1), había migrado a la fosa iliaca derecha (Figuras 2 y 3) haciéndose diagnóstico de íleo biliar.

Dr. Mauricio de la Fuente-Lira,\* Dr. Santiago Gallo-Arriaga\*\*

\*Médico Adscrito al Servicio de Cirugía Gastrointestinal, Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional Siglo XXI, IMSS, México, D.F.

\*\*Médico Residente Cirugía General, Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional Siglo XXI, IMSS, México, D.F.

Correspondencia: Av. Paseo de la Reforma 2608 piso 9, Col. Lomas Altas, Delegación Miguel Hidalgo, México, D.F. C.P. 11950.

Recibido para publicación: 6 de diciembre de 2000

Aceptado para publicación: 4 de junio de 2001.

21

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

Cd. de México; julio 29 de 2002.

Dr. Miguel Angel Mercado  
Editor de la Revista Mexicana de Gastroenterología.

Por medio de la presente mucho le agradecería a usted la corrección del nombre del coautor del artículo publicado en el volumen 67, número 1 de enero- marzo de 2002, página 55, con el nombre de ileo biliar en la sección 'Imágenes clínicas en Gastroenterología' en la cual el nombre del coautor del trabajo aparece como Santiago Gallo Arriaga, dicho nombre está equivocado y debe ser Benjamín Gallo Arriaga.

A través de éste conducto solicito a usted de la manera más atenta la corrección de éste detalle en la fe de erratas de su prestigiosa revista.

Sin más por el momento y agradeciendo de antemano sus atenciones quedo de usted su s. s.

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

Atentamente,  
Dr. Mauricio de la Fuente Lira.  
Depto. De Cirugía Gastrointestinal  
Hospital de Especialidades del CMN SXXI.