



ÍLEO BILIAR COMO CAUSA E OBSTRUCCIÓN INTESTINAL.

GALLSTONE ILEUS AS A CAUSE OF INTESTINAL OBSTRUCTION.

Sagarra E, Olivares SP, Garaulet P, Blanco R

Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo. Hospital Universitario Infanta Cristina.
Parla, Comunidad Autónoma de Madrid. España.

PALABRAS CLAVE

Obstrucción intestinal, íleo biliar, cirugía urgente.

KEY WORDS

Bowel obstruction, gallstone ileus, urgent surgery.

Correspondencia:

Elena Sagarra Cebolla
Sº de Cirugía General y del Aparato Digestivo
Hospital Universitario Infanta Cristina
Avenida 9 de Junio, 2
28981 Parla. Comunidad Autónoma de Madrid. España
Email: elena.sagarra@salud.madrid.org

RESUMEN

Introducción. Comunicar un caso clínico poco habitual y revisar el manejo. **Material y Métodos.** Presentación de un caso clínico **Resultados.** El íleo biliar es una etiología poco habitual de obstrucción intestinal, aunque su incidencia aumenta con la edad. Su diagnóstico requiere una alta sospecha clínica ya que menos del 50% de los pacientes tienen clínica biliar previa. La cirugía urgente es mandatoria para la resolución del cuadro obstructivo. **Conclusiones.** La resucitación del paciente y la extracción quirúrgica urgente del cálculo biliar es el tratamiento de elección. Existe controversia sobre el manejo de la fístula colecistoduodenal.

ABSTRACT

Introduction. Report an unusual clinical case and review the management. **Material and methods.** Presentation of a clinical case. **Results.** Gallstone ileus is an unusual etiology of intestinal obstruction, although its incidence increases with age. Its diagnosis requires a high clinical suspicion since less than 50% of patients have previous biliary symptoms. Urgent surgery is mandatory for the resolution of the obstructive condition. **Conclusions.** Patient resuscitation and urgent surgical removal of the gallstone is the treatment of choice. There is controversy about the management of cholecystoduodenal fistula.

INTRODUCCIÓN

El íleo biliar es una causa poco frecuente de obstrucción intestinal secundaria a la impactación de una litiasis biliar^{1,2}, que habitualmente ha migrado a través de una fístula colecistoduodenal^{3,4}. Es una patología que afecta generalmente a pacientes mayores con múltiple comorbilidad lo que condiciona una mayor morbimortalidad que el resto de causas de obstrucción intestinal^{3,4}.

Caso clínico

Presentamos el caso de un paciente de 94 años de edad sin alergias medicamentosas conocidas, parcialmente dependiente y con antecedentes de poliquistosis renal intervenida, cardiopatía isquémica e ictus cerebeloso. Acude al Servicio de Urgencias refiriendo vómitos incoercibles, dolor abdominal en fosa iliaca izquierda y ausencia de deposición en las últimas 48 horas. A la exploración física presenta distensión abdominal sin peritonismo. No se identifican hernias ni eventraciones. La analítica de sangre no presenta alteraciones reseñables y la radiografía de abdomen muestra dilatación gástrica y un luminograma inespecífico. Se procede a la colocación de una sonda nasogástrica con la obtención de abundante débito de aspecto bilioso. Se solicita TAC abdominal con contraste intravenoso por sospecha de obstrucción intestinal. En la TAC se evidencia una vesícula de morfología desestructurada, que presenta comunicación con la segunda porción duodenal (Figura 1A), visualizándose aproximadamente en yeyuno medio una imagen de alta densidad compatible con litiasis siendo los hallazgos muy sugestivos de íleo biliar (Figura 1B). Como consecuen-

cia de este hallazgo se aprecia una distensión retrógrada de las porciones más proximales de yeyuno, marco duodenal y condicionando además un estómago de retención. Con el diagnóstico de íleo biliar se decide intervención quirúrgica urgente. Bajo anestesia raquídea por la comorbilidad del paciente se realiza minilaparotomía media y evisceración desde el Treitz hasta la localización de la litiasis en íleon proximal (Figura 2A), sin evidenciar otras litiasis en la luz del tubo digestivo. Se procede a progresar distalmente varios centímetros la litiasis y a la realización de una enterotomía longitudinal, extracción de la litiasis (Figura 2B) y cierre primario transversal en dos planos. En el postoperatorio el paciente cursa con infección profunda de la herida quirúrgica que precisa curas locales, pudiendo ser dado de alta hospitalaria al décimo día postoperatorio para completar las mismas ambulatoriamente.

DISCUSIÓN

El íleo biliar representa únicamente el 4% de las causas de obstrucción de intestino delgado en la población general, aunque su incidencia aumenta hasta el 25% en pacientes mayores de 65 años¹. Es una patología más frecuente en mujeres que en varones^{1,3}. Generalmente se produce por la migración de una litiasis biliar a través de una fístula colecistoentérica². Las fístulas colecistoduodenales representan el 85% de los casos⁴. El otro 15% está representado por fístulas hepatoduodenales, coledocoduodenales, colecistogástricas y colecistocolónicas⁴. Otros mecanismos etiopatogénicos menos habituales son: el paso de pequeños cálculos a intestino delgado a través de la ampolla de Vater seguido de crecimiento *in situ* de los mismos o su impactación en zonas

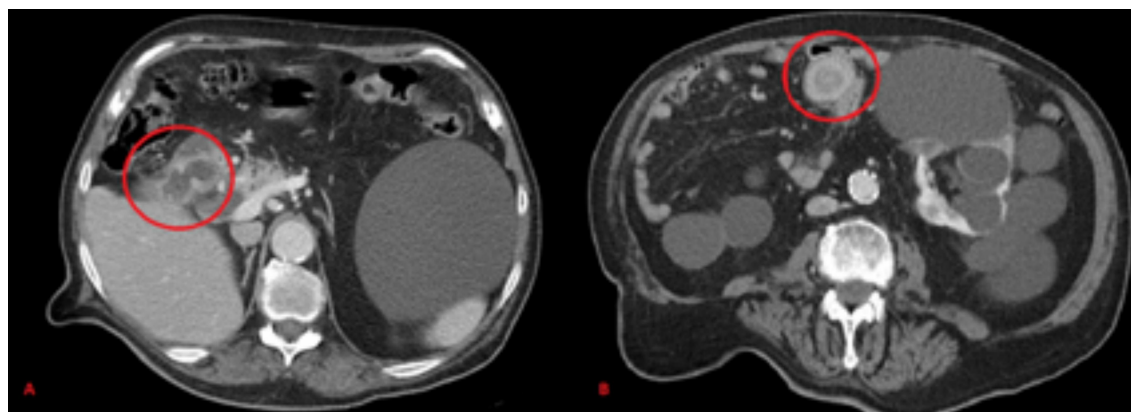


Figura 1.-

A. Vesícula biliar con alteración de la grasa y comunicación con la segunda porción duodenal.

B. Imagen de doble pared compatible con litiasis en el interior de asa de delgado que condiciona obstrucción retrógrada.

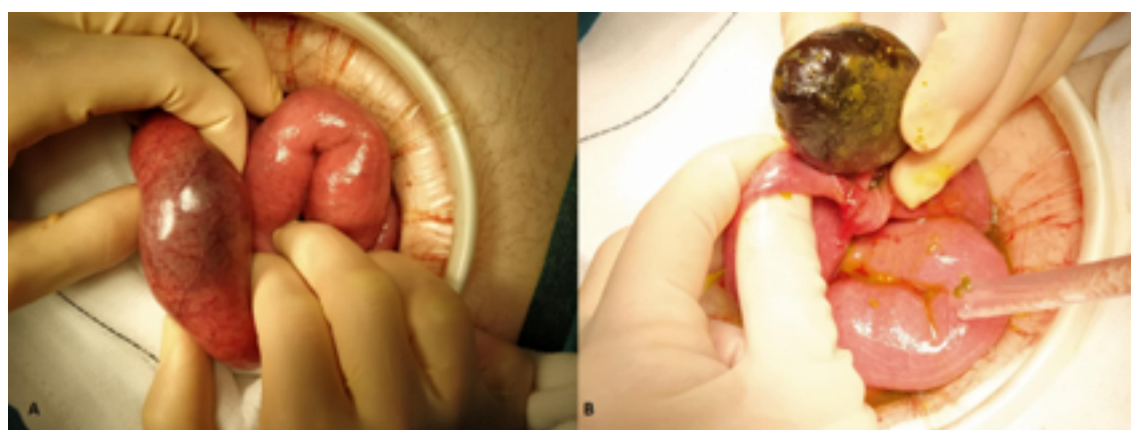


Figura 2.-

A. Cálculo biliar enclavado en intestino delgado que condicionaba la obstrucción

B. Extracción de la litiasis tras desplazarla mediante la realización de una enterotomía longitudinal

estenóticas (por ejemplo, en pacientes con enfermedad de Crohn) o la migración inadvertida de un cálculo durante la realización de colecistectomía⁴.

Es una complicación poco frecuente de la colelitiasis presentándose únicamente en 0.3%-0.4% de todos los casos¹. Generalmente la fistula se produce por episodios recurrentes de colecistitis aguda o secundaria al síndrome de Mirizzi³, aunque más de la mitad de los pacientes no presentan historia clínica sugestiva de patología biliar^{1,4}.

Aproximadamente el 70% de las impactaciones se producen a nivel del íleon, al ser el segmento más estrecho de intestino delgado, seguido de yeyuno y estómago². La impactación a nivel colónico es poco habitual y generalmente cuando es en zonas estenóticas^{3,4}.

Se han descrito distintos cuadros clínicos secundarios a la presencia de litiasis biliares en la luz intestinal. La presentación clásica es la de un cuadro suboclusivo intermitente secundario al movimiento del cálculo en la luz intestinal hasta su completa impactación¹. Esto se ha descrito como la tríada de Mordor, que incluye: diagnóstico de colelitiasis conocida, signos clínicos de colecistitis aguda y datos compatibles con obstrucción intestinal³. El síndrome de Barnard aparece cuando el cálculo obstruye la válvula ileocecal^{3,4}. El síndrome de Bouveret cuando el cálculo obstruye la luz duodenal y bloquea el vaciado gástrico⁴.

Los hallazgos analíticos son inespecíficos¹ pudiendo mostrar leucocitosis y alteraciones hidroelectrolíticas secundarias a los vómitos y el tercer espacio generado por la obstrucción⁴.

El diagnóstico se basa en las pruebas de imagen. En la radiografía simple de abdomen se puede evidenciar la tríada de Rigler;

aerobilia (signo de Gotta-Mentscheler), niveles hidroaéreos intestinales y la presencia de un cálculo biliar ectópico^{1,3}. Siendo necesarios únicamente dos de estos datos para establecer el diagnóstico^{1,3}. Cuando se añade el cambio de posición del cálculo en una segunda radiografía de abdomen se denomina tétada de Rigler y aumenta la sensibilidad diagnóstica³. La ecografía abdominal no es muy útil en el diagnóstico de esta patología⁴. La prueba de elección para su diagnóstico es la TAC^{2,3}. Los hallazgos incluyen adelgazamiento de la pared de la vesícula biliar, neumobilia, dilatación de asas de delgado y presencia de litiasis intraluminal en la zona de cambio de calibre intestinal².

El tratamiento inicial consiste en la resucitación y estabilización del paciente^{1,2,4} de manera previa a la cirugía urgente. Aunque la vía de abordaje más habituales abierta, esta descrito el acceso laparoscópico⁴. En la cirugía se procede a la realización de una enterotomía longitudinal a lo largo del borde antimesentérico intestinal proximal a la zona de impactación, a través del cual el cálculo es extraído. Posteriormente se cierra longitudinalmente para evitar estenosis^{2,3}. Es preciso la revisión de todo el paquete intestinal ya que en hasta en el 3-16% de los casos puede haber otras litiasis^{2,3}.

Existe controversia en la indicación de la colecistectomía y la reparación de la fístula bilioentérica¹. En la actualidad se recomienda^{1,3,4}:

- En pacientes con bajo riesgo quirúrgico y buen estado general, asociar la colecistectomía y reparación de la fístula en el mismo tiempo
- En pacientes con bajo riesgo quirúrgico pero afectados por la obstrucción intestinal, colecistectomía y reparación de la

fístula de intervalo. No existe hay un tiempo estándar recomendado para realizar este segundo tiempo, oscilando en la literatura entre 4 semanas y 6 meses.

- En pacientes con alto riesgo quirúrgico o con comorbilidad importante se desaconseja la cirugía sobre la vesícula debido a la baja tasa de íleo biliar recurrente (5%).

BIBLIOGRAFÍA

1. Jeffrey Oskar Magallanes Gamboa, Verónica Notario Barba, Fernando Marcos Sánchez. Íleo biliar como causa de dolor abdominal en el paciente anciano. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 2020 mayo-junio;55(3):169-72
2. Abner A Requena-López, Brenda K Mata-Samperio, Fernando Solís-Almanza, Ricardo Casillas-Vargas, Luis A Cuadra-Reyes. Comparación entre técnicas quirúrgicas en íleo biliar y resultados. *Cir Cir* 2020;88(3):292-6
3. Marcos I Salazar-Jiménez, Javier Alvarado-Durán, Mónica R Fermín-Contreras, Fernando Rivero-Yáñez, Arianne I Lupian-Angulo, Antonio Herrera-González. Íleo biliar, revisión del manejo quirúrgico. *Cir Cir* 2018;86(2):182-6
4. CF Ploneda-Valencia, M Gallo-Morales, C Rinchon, E Navarro-Muñoz, CA Bautista-López, LF de la Cerda-Trujillo, LA Rea-Azpeitia, CR López-Lizarraga. Íleo biliar: una descripción general de la literatura. *Rev Gastroenterol Mex* 2017 julio-septbre;82(3):248-54