

DOI: <https://doi.org/10.52428/20756208.v19i46.1106>

Diagnóstico y manejo del íleo biliar. A propósito de un caso

Diagnosis and management of gallstone ileus. About a case

 Leonardo Gomez Gomez¹  Edgar Hugo Fernández Rios²  Carlos Daza Rojas³

Filiación y grado académico

¹Cirujano General. Residente de Cirugía Oncológica en el Hospital Oncológico de la Caja Nacional de Salud. La Paz, Bolivia. leogogo2015@gmail.com

²Cirujano General y Laparoscopista del Hospital Obrero N° 2 Caja Nacional de Salud. Cochabamba, Bolivia.

edgarfernan@gmail.com

³Cirujano General del Hospital Obrero N° 2 Caja Nacional de Salud. Cochabamba, Bolivia. kdaz29cfrd@gmail.com

Fuentes de financiamiento

La investigación fue realizada con recursos propios.

Conflictos de interés

Los autores declaran no tener conflicto de interés.

Recibido:25/03/2024

Revisado:25/03/2024

Aceptado:20/05/2024

Citar como

Gomez, L., Fernández Rios, E. H., & Daza Rojas, C. Ileo biliar en el Hospital Obrero N°2, a propósito de un caso. Revista De Investigación E Información En Salud, 19(46).

<https://doi.org/10.52428/20756208.v19i46.1106>

Correspondencia

Leonardo Gomez Gomez

leogogo2015@gmail.com

Telf. y celular: +591 68292821

RESUMEN

El íleo biliar es una obstrucción mecánica del tracto gastrointestinal causada por la impactación de uno o más litos en la luz intestinal, provenientes de la vesícula biliar, a través de una fistula bilioentérica. El presente caso trata de una paciente femenina de 68 años que acude a urgencias por cuadro de obstrucción intestinal, por estudios de imagen se evidencia distensión de asas intestinales, imagen radiopaca en rayos X de abdomen, misma corroborada por tomografía simple de abdomen, por lo que se decidió ingresar a quirófano debido a un probable íleo biliar y realizar una laparotomía exploradora, encontrándose un lito de 5 cm de diámetro enclavado en yeyuno, con posterior evolución favorable. El íleo biliar es una complicación rara de la coledocitis; el tratamiento incluye la hidratación y principalmente la cirugía para corregir la causa de la obstrucción intestinal.

Palabras claves: Íleo biliar, coledocitis, obstrucción intestinal.

ABSTRACT

Gallstone ileus is a mechanical obstruction of the gastrointestinal tract caused by the impaction of one or more stones in the intestinal lumen, coming from the gallbladder, through a bilioenteric fistula. The present case deals with a 68-year-old female patient who came to the emergency room due to intestinal obstruction. Imaging studies showed distention of intestinal loops, a radiopaque image in abdominal X-rays, which was corroborated by simple abdominal tomography, therefore It was decided to enter the operating room due to a probable gall ileus and perform an exploratory laparotomy, finding a 5 cm diameter stone stuck in the jejunum, with a subsequent favorable evolution. Gallstone ileus is a rare complication of cholelithiasis; treatment includes hydration and mainly surgery to correct the cause of intestinal obstruction.

Keywords: Cholelithiasis, gallstone ileus, intestinal obstruction.

INTRODUCCIÓN

El íleo biliar es una obstrucción mecánica del tracto gastrointestinal causada por la impactación de uno o más litos en la luz intestinal, provenientes de la vesícula biliar, a través de una fistula bilioentérica (más frecuente fistula colecistoduodenal) (1, 2). Tiende a ser una complicación rara de la colelitiasis (3); aparece descrito por primera vez en 1654 por el médico danés Thomas Bartholin (4). Representa del 2 a 4 % de todas las causas de obstrucción intestinal (5); la incidencia aproximada es de 0,3 a 0,5 % en pacientes con colelitiasis y se presenta en 30 a 35 pacientes por cada 1 000 000 casos a nivel mundial (6).

La clínica es compatible con una obstrucción intestinal, y su presentación dependerá al sitio en el cual el cálculo se impactó; como ser náuseas, vómitos, distensión abdominal y falta de canalización de gases (7). El diagnóstico suele ser imagenológico, de preferencia por tomografía (8). El tratamiento inicial es la hidratación y reposición electrolítica, para posteriormente realizar el tratamiento quirúrgico ya sea por laparoscopia o vía abierta (7, 8)

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente femenino de 68 años de edad, dentro sus antecedentes patológicos quirúrgicos, refiere appendicectomía convencional hace 40 años y clínicos una diabetes mellitus en tratamiento; cuadro clínico de 1 semana de evolución caracterizado por presentar, dolor abdominal tipo cólico generalizado, náuseas que llegan al vómito en varias oportunidades tipo bilioso, distensión abdominal; por lo que acude a una clínica particular donde es internado por 4 días y manejado con medicamentos que no refiere; en forma posterior solicita el alta hospitalaria, por lo que acude a nuestra institución. Al momento de su evaluación presentaba vómitos fecaloideos en varias oportunidades; signos vitales estables. Al examen físico segmentario; cardiopulmonar clínicamente estable; abdomen con leve distensión a expensas de gases, ruidos hidroaéreos positivos pero hipoactivos, dolor a la palpación profunda en epigastrio e hipogastrio, resto de examen sin particular. Se realizaron los exámenes complementarios correspondientes: Laboratorios. GB:18 160 10⁹/L, segmentados 88 %, TP 12 segundos, INR 1,17, hemoglobina 13.2 gr/dl, Plaquetas 463 000 10⁹/L. Rayos X de abdomen (Figura 1), se puede observar imagen radiolúcida en fosa iliaca derecha.



Figura 1. Rayos X de abdomen donde se evidencia imagen radiolúcida (lito) en fosa iliaca derecha (flecha blanca indica el lito).

Una ecografía abdominal (Figura 2a), indica distensión de asas intestinales, compatible con una obstrucción intestinal; la tomografía de abdomen

simple (Figura 2b), muestra un lito de más o menos 5 cm en intestino delgado, compatible con probable íleo biliar.

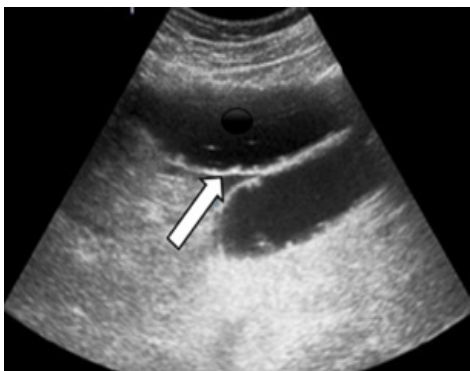


Figura 2a. Ecografía abdominal en la cual la flecha blanca señala las asas intestinales dilatadas.

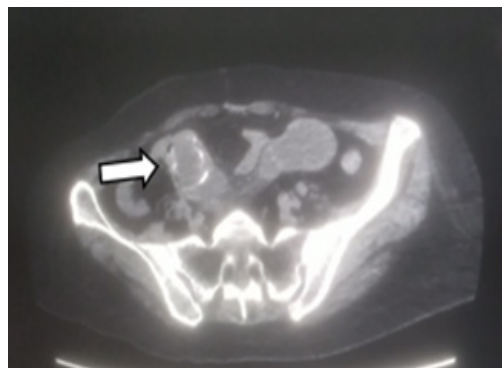


Figura 2b. Tomografía de abdomen en la cual la flecha blanca indica presencia de lito, indicada por la flecha blanca.

Después de la evaluación completa, además de una valoración pre operatoria, se decide ingresar a quirófano, con los posibles diagnósticos de obstrucción intestinal alta, íleo biliar, síndrome de mirizzi grado V.

El procedimiento se realiza bajo anestesia general, paciente en posición decúbito dorsal, se decide realizar una incisión en línea media supra e infraumbilical, se procede a explorar cavidad, se

localiza sitio de obstrucción a 50 cm de ángulo de Treitz; los hallazgos demuestran un cálculo de más o menos 4 x 5 cm impactado en yeyuno, a 50 cm de ángulo de Treitz, asas intestinales dilatadas a proximal; se realiza una laparotomía exploradora, enterotomía, extracción de cálculo, enterorrafia, lavado y drenaje de cavidad. Diagnostico post operatorio de obstrucción intestinal alta, Ileo biliar, Síndrome de Mirizzi grado Vb (Figura 3a, b, c d).



Figura 3a. Se realiza una enterotomía

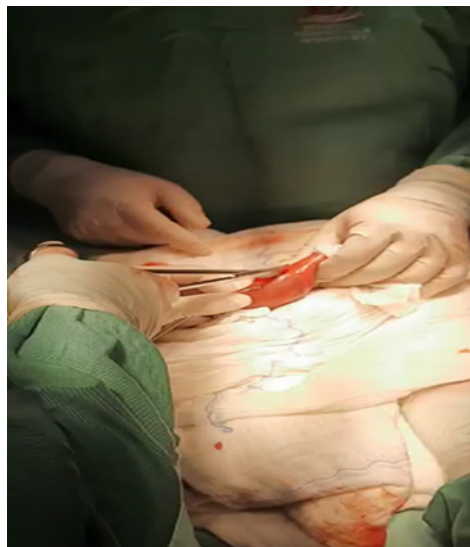


Figura 3b. Extracción del calculo



Figura 3c. Se realiza enterorrafia con vicryl 3-0 en dos planos.

Durante su posoperatorio la paciente cursa una evolución favorable, se inicia dieta al tercer día con buena tolerancia oral, es dado de alta al quinto día posoperatorio; posteriormente se retira puntos de herida operatoria a las 2 semanas y continua bajo controles periódicos por consulta externa asintomático.

DISCUSIÓN

El íleo biliar representa el 0,5% de las complicaciones de la coleditiasis, es rara y potencialmente grave; se presenta con mayor frecuencia en mujeres de edad avanzada (9). Por otro lado, abarca entre el 1 y 4 % del total de las obstrucciones intestinales en el adulto mayor de 65 años, lo que implica un alto riesgo de complicaciones, con una mortalidad del 12 al 27 % (10). Para que ocurra un íleo biliar, debe existir una fístula bilioentérica, en su mayoría colecistoduodenal (68 al 95 %), misma que aparece por episodios recurrentes de colecistitis aguda, generando inflamación y adhesiones entre la vesícula biliar y el tracto digestivo (2, 8). Según Mancilla Ulloa F. et al el lito debe tener un diámetro $\geq 2-2,5$ cm para causar obstrucción (6); en nuestro caso el hallazgo fue de un lito de 4 x 5 cm, suficiente para producir un cuadro de obstrucción intestinal.

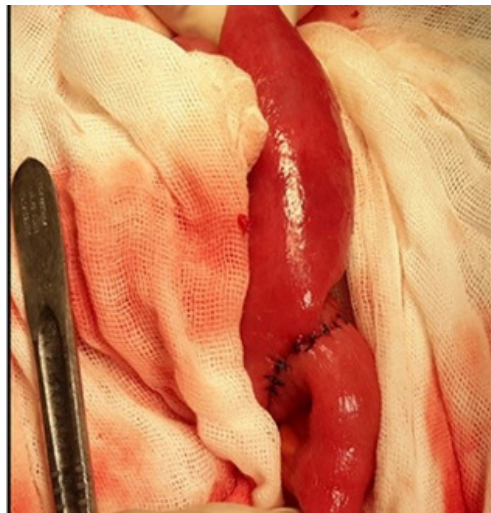


Figura 3d. Se realiza cierre cavidad por planos y procedimiento concluye.

Para el diagnóstico se solicitan estudios de imagen, como una radiografía de abdomen y en los hallazgos se busca la famosa triada de Rigler, que consiste en la presencia de cálculos radiopacos (presentándose en menos del 10 % de los casos), neumobilia (signo de Gotta-Mentschler), y distensión de las asas intestinales; la presencia de 2 de los 3 signos establece el diagnóstico (11); en nuestro caso se puede evidenciar claramente 2 criterios que son, presencia de lito y datos de distensión intestinal. El estudio de preferencia es la tomografía de abdomen, la cual puede confirmar el diagnóstico, permitir localizar el sitio de obstrucción, determinar presencia de neumobilia, y planificar el tratamiento (12); en el caso de nuestro paciente este examen claramente refleja el diagnóstico en mención.

El tratamiento inicial es la hidratación y reposición electrolítica, para posteriormente realizar el tratamiento quirúrgico ya sea por laparoscopia o vía abierta; el abordaje quirúrgico laparoscópico ofrece más ventajas en comparación con la cirugía abierta y la recuperación requiere menor tiempo; sin embargo, representa un reto técnico y más cuando las asas intestinales se encuentran edematosas y dilatadas (13). En nuestro caso, preferimos el abordaje abierto por el antecedente quirúrgico previo de apendicectomía convencional y edad de la paciente.

Existe una controversia en cuanto al manejo de la fistula bilioentérica; en un primer tiempo o dos tiempos (14). Por un lado, se prefiere sólo la enterotomía, extracción del lito y cierre primario, y por otro, además de lo anterior, se realiza desmantelamiento de la fistula y colecistectomía (13) (15). En nuestro caso, decidimos realizar únicamente enterotomía, extracción del lito y cierre primario debido a las condiciones de la paciente.

En conclusión, el íleo biliar es una patología muy rara, siendo una complicación de la coledocistitis, su presentación es de predominio en mujeres y su resolución netamente quirúrgica, la cual puede ser por vía convencional o laparoscópica, misma que se aplicó en nuestra paciente, felizmente con buena evolución.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Boudou M, Jabi R, Maamar K, Soussan H, Taibi S, Bouziane M. A febrile occlusion revealing a biliary ileus. *Int J Surg Case Rep.* 1 de mayo de 2022; 94:107113. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2210261222003595>
2. Stagnitti F, Stagnitti A, Tarcoveanu E. Spontaneous Biliary-Enteric Fistulas and Associated Complications: An Overview. *Chir Buchar Rom* 1990. diciembre de 2021;116(6 Suppl):S28-35. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35274609/>
3. Íleo biliar: un reto diagnóstico y terapéutico. Presentación de un caso clínico [Internet]. [citado 13 de mayo de 2024]. Disponible en: <https://www.redalyc.org/journal/4577/457775054017/html/>
4. Tornambè A, Tornambè G. Gallstone ileus in an elderly patient Case report. *Ann Ital Chir.* 4 de septiembre de 2017;6:S2239253X17027232. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28904245/>
5. Bueno-Cañones AD, Bailón-Cuadrado M, Asensio-Díaz E, Pacheco-Sánchez D, Bueno-Cañones AD, Bailón-Cuadrado M, et al. Íleo biliar. Reporte de casos. *Rev Cir.* octubre de 2020;72(5):468-71. http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S2452-45492020000500468&lng=es&nrm=iso&lng=es
6. Mancilla Ulloa FJ, Rayas Ruiz D. Íleo biliar: reporte de un caso y revisión de la literatura. *Cir Gen.* 1 de abril de 2014;36(2):121-5. <https://www.elsevier.es/es-revista-cirujano-general-218-articulo-ileo-biliar-reporte-un-caso-X1405009914551881>
7. Dunphy L, Al-Shoek I. Gallstone ileus managed with enterolithotomy. *BMJ Case Rep.* 13 de octubre de 2019;12(10):e231581. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31611228/>
8. Artioli G, Muri M, Praticò FE, Marcantoni EA, Gazzani SE, Lana S, et al. Gallstone ileus: literature review. *Acta Bio-Medica Atenei Parm.* 28 de julio de 2016;87 Suppl 3:40-4. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27467866/>
9. Castillo González J, J, López Olivares R. Gallstone Ileus: Early diagnosis and treatment of an infrequent disease. *Cir Andal.* 5 de febrero de 2021;32(1):36-42. <https://www.asacirujanos.com/revista/2021>
10. Castillo González J, Guillén Martínez EA, Chama Naranjo A, García Córdova CE, Farrell Rivas J, López Olivares R. Íleo biliar: diagnóstico y tratamiento oportuno de una enfermedad infrecuente. *Cir Andal.* 2021;32(1):36-42. <https://www.asacirujanos.com/revista/2021/32/1/05>

11. Ploneda-Valencia CF, Gallo-Morales M, Rinchon C, Navarro-Muñiz E, Bautista-López CA, de la Cerda-Trujillo LF, et al. El íleo biliar: una revisión de la literatura médica. *Rev Gastroenterol México*. 1 de julio de 2017;82(3):248-54. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0375090617300137>
12. Marco Doménech SF, Fernández García P, Bordón Ferré F, Piqueras Olmeda RM. Diagnóstico por la imagen en el íleo biliar. *Med Integral*. 1 de octubre de 2000;36(7):267-71. <https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-integral-63-articulo-diagnostico-por-imagen-el-ileo-12961>
13. Alnagar A, Elkomy H, Foula M, Sakr M, Nabil W. Laparoscopic management of cholecysto-duodenal fistula after spontaneous resolution of intestinal obstruction component of gallstone Ileus case report and literature review. *Rozhl V Chir Mesicnik Ceskoslovenske Chir Spolecnosti*. 2022;101(1):42-5. <https://doi.org/10.33699/PIS.2022.101.1.42-45>
14. Vasilescu AM, Tarcoveanu E, Bradea C, Lupascu C, Stagnitti F. Gallstone Ileus. What therapeutic options are there? *Ann Ital Chir*. 2022;92:300-6. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35122424/>
15. Zappia F, Petracca G, Talarico CA. Gallstone ileus. A case treated with minilaparotomy and a review of the literature. *Ann Ital Chir*. 29 de marzo de 2017;6. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28401880/>