

Íleo biliar: complicación poco frecuente de la litiasis vesicular

Biliary ileum: an uncommon complication of vesicular lithiasis

**Gabriel González Sosa,^I Julio Díaz Mesa,^{II} Simeón Collera Rodríguez,^{III}
Gabriel Abilio González García,^{IV} Sheyla Moré Vara,^V Jesús Romero
Rodríguez^{VI}**

^I Especialista en I Grado en Cirugía y Medicina General Integral. Profesor Auxiliar. Centro de Investigaciones Médico-Quirúrgicas. La Habana, Cuba.

^{II} Doctor en Ciencias. Especialista de II Grado en Cirugía. Profesor Titular. Centro de Investigaciones Médico-Quirúrgicas. La Habana, Cuba.

^{III} Especialista de II Grado en Cirugía. Profesor Auxiliar. Centro de Investigaciones Médico-Quirúrgicas. La Habana, Cuba.

^{IV} Especialista de I Grado en Cirugía. Asistente. Centro de Investigaciones Médico-Quirúrgicas. La Habana, Cuba.

^V Especialista de I Grado en Cirugía. Centro de Investigaciones Médico-Quirúrgicas. La Habana, Cuba.

^{VI} Especialista de I Grado en Cirugía. Instructor. Centro de Investigaciones Médico-Quirúrgicas. La Habana, Cuba.

RESUMEN

Se presenta el caso de una paciente de 80 años de edad, con antecedentes de diabetes mellitus de tipo II, cardiopatía isquémica y obesidad exógena, que ingresó de urgencia, por presentar un cuadro de dolor abdominal, varios vómitos y distensión abdominal de 3 días de evolución. De forma secundaria presentó una deshidratación moderada. En la radiografía simple de abdomen se constataron signos radiológicos de oclusión intestinal, que corroboraron una ecografía abdominal y una tomografía axial computadorizada de abdomen. Se corrigió el desequilibrio hidroelectrolítico y se realizó una laparotomía exploradora, en la que se encontró un cálculo grande enclavado en el íleon terminal. Se realizó una enterolitotomía con enterorrafia y resolvió el cuadro oclusivo. A los 16 días del alta,

la paciente reingresa con un cuadro similar y al reintervenirla se constató la presencia de otro cálculo y de una fístula colecistogástrica, que involucraba la vesícula biliar y el antro gástrico. Se reparó mediante colecistectomía y enterorrafia. Al final del transoperatorio la paciente presentó un episodio de fibrilación ventricular, con bradicardia extrema, y finalmente un paro en asistolia. Fue reanimada, pero la situación no se revirtió y la paciente falleció.

Palabras clave: Íleo biliar, obstrucción intestinal, enterolitotomía, fístula colecistogástrica, colecistectomía, enterorrafia y enterorrafia.

ABSTRACT

This the case of a female patient aged 80 with a history of type 2 diabetes mellitus, ischemic heart failure and a exogenous obesity urgently admitted due to abdominal pain, vomiting and abdominal distention of 3 days course. In abdominal simple radiograph radiological signs of intestinal occlusion were confirmed corroborated by abdominal echography and CAT. Hydroelectrolytic imbalance was corrected performing an exploration laparotomy observing the presence of large calculus located in terminal ileum. An enterolithotomy with enterorrhaphy and occlusive picture was resolved. At 16 from discharge, patient is re-admitted with a similar situation and at re-intervention presence of another calculus and a cholecystogastric fistula was verified involving the gall bladder and the gastric antrum repairing by enterorrhaphy. At the end of transoperative period, patient had an episode of ventricular fibrillation with extreme bradycardia and an asystolic arrest. She was reanimated but there wasn't reversion and patient died.

Key words: Biliary ileum, intestinal obstruction, enterolithotomy, cholecystogastric fistula, enterorrhaphy and enterorrhaphy.

INTRODUCCIÓN

La litiasis biliar constituye la mayor causa de morbilidad en el mundo occidental y aunque refieren algunos autores que su prevalencia es inferior en los países subdesarrollados, en relación con los industrializados, se ha demostrado que esto no es del todo cierto, un ejemplo es Japón que presenta una alta prevalencia en relación a poblaciones indígenas de Chile y México.^{1,2}

El íleo biliar constituye una complicación de esta enfermedad y se comporta como un tipo de oclusión intestinal mecánica, causada por la impactación de cálculos biliares dentro del tracto gastrointestinal como resultado de una comunicación anómala entre este y el sistema biliar. La incidencia mundial es aproximadamente del 1 al 2 % de los cuadros oclusivos.³

La fístula biliodigestiva se produce cuando un cálculo erosiona a las paredes de la vía biliar y del tubo digestivo, esta erosión asociada al proceso inflamatorio, a la reducción del flujo arteriovenoso y al aumento de la presión intraluminal de la vía

biliar, ocasiona la perforación, fistulización y evacuación del cálculo biliar hacia el tracto gastrointestinal.⁴

El íleo biliar es una complicación poco común de la enfermedad litiasica vesicular que se representa del 1 al 3 % de las oclusiones mecánicas de intestino delgado⁵, es más frecuente en mujeres en proporción de 3 a 1, posiblemente debido al predominio de la enfermedad en este sexo^{6,7} y su mayor incidencia entre las edades de 65 a 80 años.⁸

Las fístulas biliodigestivas más frecuentes son: las colecistoduodenales (65-77 %), le siguen las colecistocólicas (10-25 %) y las colecistogástricas (5 %), las colecistoduodenales son mucho menos frecuentes⁴

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente del sexo femenino, de 80 años de edad, con antecedentes de diabetes mellitus de tipo II, de cardiopatía isquémica y obesidad exógena, que ingresa en el servicio de urgencias del hospital por presentar un cuadro de dolor abdominal, varios vómitos y distensión abdominal de 3 días de evolución y secundario a ello, presentaba una deshidratación moderada. Se realiza ultrasonido abdominal donde se constatan imágenes de litiasis en el interior de la vesícula biliar y una imagen compleja a nivel de hipocondrio derecho y distensión de asas de intestino delgado, sin otras alteraciones. En la radiografía de abdomen simple de pie, se constató la presencia de niveles hidroaéreos con distensión de asas de intestino delgado y un asa fija en hipocondrio derecho que corresponde a íleon ([figura 1](#)).



Figura 1. Radiografía simple de abdomen, en bipedestación, donde se constata la presencia de niveles hidroaéreos con distensión de asas del intestino delgado y un asa fija en el hipocondrio derecho, que corresponde al íleon.

Al examen físico se constató una paciente con marcada toma del estado general, con signos de deshidratación: lengua seca, saburral, mucosas secas, taquicardia

(120 latidos por minuto). En el abdomen, se observó presencia de una cicatriz media infraumbilical antigua, muy globuloso, muy distendido, que sigue los movimientos respiratorios, doloroso a los golpes de tos y a la palpación superficial y profunda de forma difusa, no se palpa tumoración, timpanismo abdominal aumentado y ruidos hidroaéreos aumentados, de gran intensidad (ruidos de lucha).

Se realizan los complementarios de laboratorio siguientes:

- Hemograma completo (hemoglobina: 12,6 g/L).
- Hematócrito: 0,41L/L.
- Leucocitos: 13,9x10⁹/L; P: 0,95.
- Coagulograma mínimo: coágulo retráctil.
- Plaquetas: 252 x 10⁹/L.
- Glicemia: 11,2 mmol/L.
- Creatinina: 84 U/L.
- Proteínas totales: 58.
- Albúmina: 24.
- Ionograma: K: 3,2; Na: 125 y Ca: 95.

Tratamiento

Se corrigió previamente el desequilibrio hidroelectrolítico y se realizó laparotomía exploradora donde se constata un plastrón a nivel de hipocondrio derecho y asas dilatadas hasta alrededor de los últimos 40 cm del íleon , donde se encontró un cálculo grande enclavado a este nivel de 4 cm de largo, se realizó enterolitotomía con enterorrafia y se resolvió solo el cuadro oclusivo, debido a la marcada toma del estado general de la paciente y a la imposibilidad de explorar y descifrar las estructuras anatómicas involucradas en la fístula bilioentérica, responsable de la migración al íleon de la litiasis en este momento, reingresó la paciente a los 16 días del alta hospitalaria, con un cuadro similar al inicial (dolor abdominal, vómitos, distensión abdominal y deshidratación severa), se realizó rayos X de abdomen simple de pie donde se visualizó nuevamente un patrón oclusivo; en el ultrasonido abdominal se constataron asas de intestino delgado distendidas y en la tomografía axial computadorizada de abdomen apareció distensión de asas delgadas con patrón normal a nivel del resto del intestino. Se intervino quirúrgicamente y se extrajo otro cálculo enclavado en íleon terminal ([figura 2](#)), se realizó enterolitotomía y enterorrafia, se constató en esta oportunidad una fístula colecistogástrica, que involucraba la vesícula biliar y el antro gástrico; se realizó colecistectomía y gastrorrafia, la paciente hizo, al final del transoperatorio, un episodio de fibrilación ventricular, con bradicardia extrema, posteriormente un paro en asistolia, se reanimó y no revirtió, por lo que fallece.

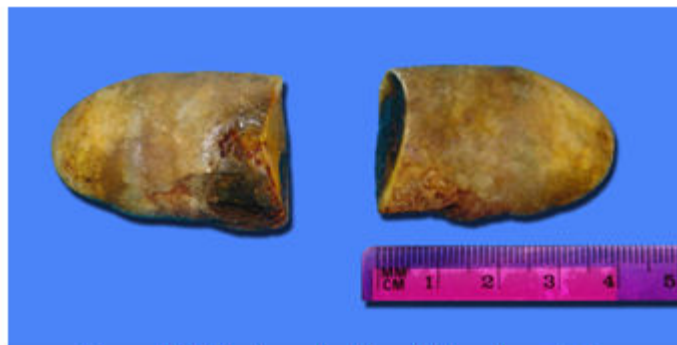


Figura 2. Cálculos extraídos del íleon terminal.

DISCUSIÓN

La obstrucción mecánica intestinal con dolor abdominal, distensión y vómitos, es la presentación clínica más común de la enfermedad, pero esta tiende a ser un poco más insidiosa, debido al efecto de válvula del cálculo. Puede recogerse o no el antecedente de colelitiasis o de colecistitis aguda antes del inicio del cuadro y el sitio más frecuente de obstrucción es el íleon terminal por su reducido calibre y débil peristaltismo en el 65 % de los casos.⁸

Los estudios de laboratorio, por lo general, muestran leucocitosis con desviación a la izquierda y trastornos hidroelectrolíticos. Los estudios imaginológicos son de alta importancia en el diagnóstico, el rayo X de abdomen simple de pie es el estudio inicial, aunque se puede complementar con el tránsito intestinal, la tomografía axial computadorizada de abdomen y el ultrasonido abdominal. Los signos radiológicos del íleo biliar fueron descritos por Rigler en 1941 y son: distensión de asas delgadas asociada en ocasiones a gas en la vía biliar, niveles hidroaéreos, signos de aerobilia e imagen litiásica radiopaca (en cálculos pigmentados) que cambia de posición con los movimientos del paciente, sin embargo, ninguno de estos hallazgos es patognomónico del íleo biliar.⁹

El tratamiento debe ser quirúrgico, solo en pacientes de alto riesgo se puede intentar el abordaje terapéutico con endoscopia digestiva alta, endoscopia digestiva baja o incluso litotripsia, en dependencia de la localización del cálculo.^{5,7} Quirúrgicamente existe una controversia en cuanto a la resolución de esta enfermedad en uno o dos tiempos, es decir realizar enterolitotomía, colecistectomía y reparación de la fístula o solo resolver la oclusión intestinal, mediante la enterolitotomía y, en un segundo tiempo, considerar la reparación de la fístula existente si esta lo amerita.

El tratamiento inicial se debe encaminado hacia la resolución del cuadro oclusivo y luego a la reparación de la fístula bilioentérica; no obstante, existe un consenso mundial, que indica que ambos procedimientos se pueden realizar en un solo tiempo, en los pacientes con buen estado general o con cuadros asociados de colecistitis aguda o coledocolitiasis.¹⁰

En este caso, debido a la marcada toma del estado general de la paciente, inicialmente se resolvió solo el cuadro oclusivo y en la reintervención se pudo resolver el cuadro oclusivo y, de manera definitiva, reparar la fístula colecistogástrica en un solo tiempo quirúrgico.

REFERENCIA BIBLIOGRÁFICAS

1. Farreras Valentí, Rozman C. Estrechez y Oclusión Intestinal. Íleo. Medicina Interna. Tomo I. 8va. ed. Barcelona: Editorial Marín SA; 1976. pp.118-24.
2. Vicario SJ, Price TG. Obstrucción intestinal. Medicina de Urgencias. 6ta edición. México: McGraw Hill; 2006. Pp. 611-15.
3. Reisner RM, Cohen JR. Gallstone Ileus: a review of 1001 reported cases. Am Surg. 1994;60:441-6.

4. Echenique M, Amondaraín J, Lirón C. Análisis retrospectivo de una serie. *Kirurgia*. Universidad del País Vasco [Serie en Internet] 2003; 1. Disponible en: <http://www.sc.ehu.es/scrwwsr/kirurgia /Kirurgia2003b/ileo%20biliar.htm>
5. Herrera E de J, Candia RF, Ortega LF. Íleo biliar. Reporte de un caso. *Rev Sanid Milit Mex*. 2003;57:397-401.
6. Atli AO, Coskun T, Ozec A, Hersek E. Biliary enteric fistulas. *Int Surg*. 1997;82:280-3.
7. Hirosawa-Oishi T, Rosas-Salas CV, Fujikami Y, Velasco-Ospina C. Obstrucción intestinal secundaria a íleo biliar. *Rev Gastroenterol Mex*. 2002;67:34-7.
8. Roa G, Jiménez H. Íleo biliar. Presentación de 5 casos. *Rev Col Cirugía*. 1993;8:67-72.
9. Rigler LG, Borman CM, Noble JF. Gallstone obstruction. Pathogenesis and roentgen manifestations. *JAMA*. 1941;117:1753.
10. Cubillos L, Cruz O, Tapia A, Zuñiga J, Palladines G. Íleo biliar. Experiencia clínica actualizada y seguimiento. *Rev Chil Cirugía*. 1991;43:142-9.

Recibido: 13 de febrero de 2009.

Aprobado: 27 de mayo de 2009.

Gabriel González Sosa. Centro de Investigaciones Médico-Quirúrgicas (CIMEQ).
Calle 216 y Avenida 11, Reparto Siboney. La Habana, Cuba.
Correo electrónico: cancer@infomed.sld.cu