

Íleo biliar, una causa poco frecuente de oclusión intestinal

Gallstone Ileus, A Rare Cause of Intestinal Occlusion

Héctor Alejandro Céspedes Rodríguez^{1*} <https://orcid.org/0000-0002-3668-9888>

Raúl Fernández Pérez¹ <https://orcid.org/0000-0002-6313-1986>

¹Universidad de Ciencias Médicas de Camagüey, Hospital Universitario “Manuel Ascunce Domenech”. Camagüey, Cuba.

*Autor para la correspondencia: hcespedesr03@gmail.com

RESUMEN

Introducción: El íleo biliar representa el 4 % de las causas de obstrucción intestinal en la población general.

Objetivo: Mostrar un paciente con cuadro de oclusión intestinal por íleo biliar que fue diagnosticado y tratado en el transoperatorio.

Caso clínico: Paciente de 78 años de edad con un cuadro oclusivo por un íleo biliar, al cual se le realizó enterolitotomía como tratamiento definitivo.

Conclusiones: El íleo biliar es una causa de oclusión intestinal que todo cirujano general debe tener presente ante un anciano con elementos clínicos e imaginológicos de oclusión y sin intervenciones quirúrgicas previas o hernias de la pared abdominal.

Palabras clave: íleo biliar; oclusión intestinal; fístula colecistoentérica.

ABSTRACT

Introduction: Gallstone ileus represents 4% of the causes of intestinal obstruction in the general population.

Objective: To present a patient with intestinal obstruction due to gallstone ileus and who was diagnosed and treated during the intraoperative period.

Clinical case: The is presented of a 78-year-old patient with an occlusive condition due to gallstone ileus, who underwent enterolithotomy as definitive management procedure.

Conclusions: Gallstone ileus is a cause of intestinal occlusion that every general surgeon should be aware of in the presence of an elderly with clinical and imaging elements of occlusion and without previous surgical interventions or hernias of the abdominal wall.

Keywords: gallstone ileus; intestinal occlusion; cholecystoenteric fistula.

Recibido: 15/02/2020

Aceptado: 12/03/2020

Introducción

El íleo biliar es el término dado a la obstrucción intestinal mecánica secundaria al impacto intraluminal de un lito; dicho se presenta como una complicación de la colelitiasis que termina comunicándose a tubo digestivo, permitiendo la migración del lito,^(1,2) aunque en ocasiones ocurre por paso natural a través, de la vía biliar debido a alteraciones del esfínter de *Oddi*, sobre todo tras la ampliación quirúrgica del mismo.^(3,4,5) La primera descripción del íleo biliar fue hecha por *Bartholin* en 1645 en el curso de una autopsia.⁽⁶⁾ En 1940 el *London Medical Gazette* publica la primera fístula colecistoduodenal. Tal proceso ocasiona un cuadro obstructivo al quedar impactado el lito en algún segmento del tracto gastrointestinal. Esta condición es responsable de 1 a 4 % de todas las causas de obstrucción intestinal mecánica.^(4,5) Decidimos hacer el presente estudio con el objetivo de presentar un paciente con cuadro de oclusión intestinal por íleo biliar que fue diagnosticado y tratado en el transoperatorio, dada la baja prevalencia de esta entidad como causa de abdomen agudo quirúrgico.

Caso clínico

Paciente de raza blanca, del sexo masculino y con 74 años de edad con antecedentes de colelitiasis, que acudió a nuestro servicio (cuerpo de guardia) por presentar dolor abdominal a tipo cólico de 72 horas de evolución, acompañado este de distensión abdominal y vómitos. No refirió expulsión de gases ni de heces. Al examen físico se apreció distensión centro-abdominal y ruidos hidroaéreos aumentados. Se le hizo un tacto rectal y se encontró la ampolla rectal vacía. Parámetros vitales tensión arterial 110-80mmHg, frecuencia cardiaca 110 latidos por minutos y frecuencia respiratoria de 19 por minutos. La radiografía mostró dilatación de asas delgadas con ausencia de colon y niveles hidroaéreos en escalera. (Fig. 1). Se anunció al salón con diagnóstico preoperatorio de oclusión de intestino delgado bajo y al ejecutarse la laparotomía el diagnóstico intraoperatorio fue de íleo biliar, dicho calculo estaba a más 20 cm de la válvula ileocecal, no pudimos determinar la presencia de fístula colecistoenterica ya que existía un proceso inflamatorio crónico hacia el lecho vesicular. Realizamos enterotomía y enterolitotomía y cierre transversal (Figs. 2 y 3). La paciente es dado de alta a los 7 días.



Fig. 1- Imagen sugestiva de oclusión de intestino delgado y presencia de imagen opaca en la pelvis.

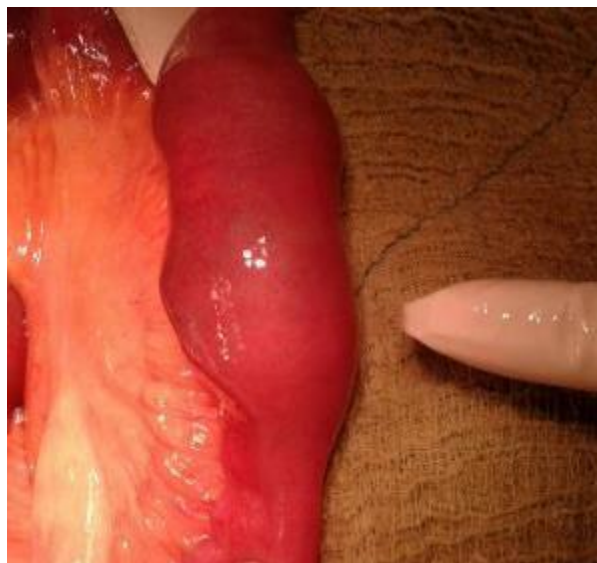


Fig. 2- Íleo biliar previo a la enterotomía.



Fig. 3- Enterolitotomía previa enterotomía proximal a la oclusión (15 cm).

Discusión

El íleo biliar representa el 0,3 - 0,5 % de las complicaciones de la coledocistitis, con una relación 30-35 casos por cada millón de hospitalizaciones.^(6,7) Es prevalente en mujeres, con una proporción mujer a hombre de 3,5 a 3,6:1 y los pacientes suelen ser mayores de 65 años. Es importante saber que íleo biliar es causa de obstrucción de intestino delgado en menos del 4 % de los pacientes menores de 65 años, pero incrementa a un 25 % en los pacientes mayores a los 65 años de edad.^(8,9,10)

El íleo biliar es una causa de obstrucción mecánica del tracto gastrointestinal y, por lo tanto, el sitio donde se encuentre fijado el cálculo inducirá una variedad de escenarios clínicos. El síndrome de *Barnard* ocurre cuando el cálculo obstruye a la válvula ileocecal. Menos del 4,8 % de los pacientes presenta una obstrucción del colon. Consideramos que todo depende de dos factores: de la localización de la fístula y del tamaño del lito. Para muchos autores la presentación de esta entidad puede ser aguda, subaguda y crónica. El tipo agudo llega típicamente a urgencia con dolor tipo cólico, distensión abdominal, vómitos y constipación. El tipo subagudo difiere del anterior en cuanto existe ausencia de distensión o esta es discreta y no existe constipación. El tipo crónico o síndrome de *Kareswky*, se caracteriza por episodios de dolor recurrentes y períodos asintomáticos. El diagnóstico clínico preoperatorio puede establecerse con la tríada de *Mordor*: historia de litiasis vesicular, signos clínicos de colecistitis y obstrucción intestinal.⁽⁵⁾ La radiografía abdominal en posición supino y de pie es el estudio de elección, con una sensibilidad del 40 - 70 %. El criterio de diagnóstico de imagenología para el íleo biliar se llama tríada de *Rigler* y consiste en la presencia cálculo radiopaco (presentándose en menos del 10 %), neumobilia (signo de *Gotta-Mentschler*) presente en menos 33 %; distensión de asa intestinales. La evidencia de un cambio en la posición del cálculo en la radiografía se conoce como Tétrada de *Rigler*. Por otro lado, *Baltazar* y *Schechter* describe un quinto signo radiológico que implica la presencia de varios niveles de líquido adyacentes al cuadrante superior derecho.^(6,7,9)

El objetivo del tratamiento es el alivio de la obstrucción intestinal, optimizar las condiciones del paciente antes de la intervención quirúrgica, con un adecuado balance hidroelectrolítico, manejo de las comorbilidades existentes como: enfermedades cardíacas, diabetes mellitus e infección.^(3,7)

El tratamiento es controversial e incluye:

1. Enterotomía con extracción del lito (enterolitotomía).
2. Enterotomía, extracción del lito, colecistectomía y cierre de la fístula.
3. Resección intestinal.
4. Resección intestinal y cierre de la fístula.⁽¹⁰⁾

La cirugía recomendada por la mayoría de los autores es la enterolitotomía por presentar un bajo índice de complicaciones y cierre de la fístula de manera espontánea en el 50 % de los casos.⁽⁷⁾ La enterolitotomía se realiza en forma longitudinal en el borde antimesentérico a una distancia de 15-20 cm proximales al sitio de la obstrucción en un área sana, posteriormente se procede a la extracción del lito y finalmente se realiza enterorrafia transversal en 1 o 2 planos. Cuando el lito no puede ser movilizado para su extracción, existe compromiso vascular o perforación intestinal, se prefiere resección del segmento intestinal con anastomosis terminal.⁽⁷⁾

Reisner y Cohen⁽⁸⁾ realizaron el análisis más grande de casos de íleo biliar. Compararon la mortalidad en pacientes sometidos a un procedimiento de enterolitotomía y en pacientes que tuvieron cirugía en un solo tiempo. Los resultados mostraron que la enterolitotomía tuvo una tasa de mortalidad de 11,7 vs 16,9 % para los pacientes de la cirugía en un solo tiempo, por lo tanto, los autores concluyeron que la enterolitotomía era la técnica de elección. En la actualidad se puede considerar la extracción endoscópica asociada con litotripsia, que es la mejor opción en pacientes con alto riesgo quirúrgico.^(8,10)

Consideraciones finales

El íleo biliar es una causa infrecuente de obstrucción intestinal en pacientes de edad avanzada y requiere un alto índice de sospecha ante un cuadro de oclusión intestinal intermitente, para su diagnóstico oportuno. La triada de *Rigler* y *Mondor* solo están en un tercio de los pacientes, por lo que la enterolitotomía es la intervención más realizada.

Referencias bibliográficas

1. Doherty G. Diagnóstico y tratamiento quirúrgico. Mexico DF: Mc Graw-Hill; 2011.

2. Alencastro MC, Toledo CK, Araújo MC, Longatto BY, Barros CR, Pereira FG, et al. Acute intestinal obstruction due to gallstone ileus. Rev Col Bras Cir. 2013;40(4):275-80.
3. Conzo G, Mauriello C, Gambardella C, Napolitano S, Cavallo F, Tartaglia E, et al. Gallstone ileus: One-stage surgery in an elderly patient one-stage surgery in gallstone ileus. Int J Surg Case Rep. 2013;(4):316-8.
4. Reena R, Graham WJ. The operative management of gallstone ileus. Ann R Coll Surg Engl. 2010;92:279-81.
5. Martínez PJ, Delgado PL, Bravo GA, Burillo PG, Martínez RA, Alarcó HA, et al. El íleo biliar como causa de abdomen agudo. Importancia del diagnóstico precoz para el tratamiento quirúrgico. Cir Esp. 2013;91(8):485-9.
6. Xin ZD, Guo QL, Feng Z, Xue HW, Chua YZ. Gallstone ileus: Case report and literature review. World J Gastroenterol. 2013;19(33):5586-9.
7. Mohan K, Mark L, Shapiro M, Scarborough J. Gallstone ileus: revisiting surgical outcomes using national surgical quality improvement program data. J Surg Res. 2013;184:84-8.
8. Reisner RM, Cohen JR. Gallstone ileus: A review of 1001 reported cases. The American Surgeon. 1994;60:441-6.
9. Kreve F, Takada J, Gatto J, Loss FS, Artifon ELA. Biliary ileus. Case report. Rev Gastroenterol Peru. 2017;37(2):173-6.
10. Rodríguez-Hermosa JL, Codina-Cazador A, Gironés-Vila J. Íleo Biliar: resultados del análisis de una serie de 40 casos. Gastroenterol hepatol. 2001;24:489-94.

Conflicto de intereses

Los autores declaran que no existe conflicto de intereses.

Contribuciones de los autores

Héctor Alejandro Céspedes Rodríguez: Búsqueda de la información y conformación del documento.

Raúl Fernández Pérez: Búsqueda de la información.