

Íleo biliar

Biliary ileus

Dr. Félix Armando Cabrera Cárdenas^I, Dr. Manuel Hidalgo Herrera^I, Dr. Andrés Félix Camilo Ramírez^{II}, Dr. Osvaldo Gálvez Toledo^{III}

^I Especialista de I Grado en Cirugía General. Profesor Auxiliar. Hospital Militar Central "Dr. Carlos J. Finlay". La Habana, Cuba.

^{II} Especialista de I Grado en Cirugía General. Asistente. Hospital Militar Central "Dr. Carlos J. Finlay". La Habana, Cuba.

^{III} Especialista de I Grado en Cirugía General. Hospital Militar Central "Dr. Carlos J. Finlay". La Habana, Cuba.

RESUMEN

La litiasis vesicular es una entidad nosológica de frecuente ingreso y complicaciones, por lo cual el tratamiento médico-quirúrgico resulta frecuente en todos los servicios quirúrgicos. Una grave complicación de la litiasis vesicular la constituye el íleo biliar, entidad relativamente poco frecuente, caracterizada por un cuadro de obstrucción mecánica del intestino delgado o del colon, como consecuencia del paso de uno o más cálculos a través de una fístula biliodigestiva. Es una enfermedad característica de la edad avanzada, con una edad promedio de 64 años y poco habitual antes de los 50 años. Se presenta el caso de una paciente del sexo femenino de 50 años de edad con un cuadro de obstrucción intestinal mecánica por cálculo biliar que ocluye la luz del íleon terminal, a nivel de los 40 cm proximales a la válvula de Bahuin, a quien no se le efectuó preoperatorio. Se realizó enterolitotomía y colecistectomía con fistulectomía y duodenorrafia. La paciente evolucionó favorablemente. Se concluye que es un caso característico de esta infrecuente afección y que el enfoque diagnóstico y terapéutico utilizado garantizó una evolución satisfactoria de la paciente.

Palabras clave: Íleo biliar, fístula biliar, cálculo biliar.

ABSTRACT

Vesicular lithiasis is a disease entity leads to frequent admissions and complications, thus, the medical-surgical treatment is usual in all surgical services. A severe complication of vesicular lithiasis is the infrequent biliary ileus characterized by a picture of mechanical obstruction of small bowel or the colon due to the passing of one or more calculi through a biliary-digestive fistula. It is disease characteristic of old age, with a mean age of 64 years and unusual before 50 years. This is the case of a female patient aged 50 with a picture of mechanical intestinal obstruction due to biliary calculus occluding the lumen of terminal ileum at the proximal 40 cm to Bahuin valve without preoperative diagnosis. An enterolithotomy and cholecystectomy were carried out with fistulectomy and duodenorrhaphy. Patient's course was favorable. We conclude that it a case characteristic of this infrequent affection and that the diagnostic and therapeutic approach used guaranteed a satisfactory course of the patient.

Key words: Biliary ileus, biliary fistula, biliary calculus.

INTRODUCCIÓN

Se denomina íleo biliar a la obstrucción mecánica del intestino delgado o del colon como consecuencia del paso de uno o más cálculos a través de una fístula biliodigestiva.¹ La obstrucción mecánica del tubo digestivo causada por cálculos biliares es un hecho relativamente poco frecuente. El íleo por cálculo biliar causa del 1 al 2 % de las obstrucciones mecánicas del intestino delgado. La tasa de mortalidad es menor del 10 %.¹⁻³ Por su dificultad diagnóstica tiene un alto índice de complicaciones y una mortalidad que se encuentra entre 12 y 27 %.³ Del 1 al 15 % de las fistulas biliodigestivas producen íleo biliar,¹ el cual tiende a pasar inadvertido en muchos de los casos, interpretándose como un cólico biliar o episodios de colecistitis aguda.⁴

Dada la poca frecuencia de esta entidad y la importancia de su diagnóstico precoz, para prevenir posibles complicaciones, se presenta este trabajo.

CASO CLÍNICO

Motivo de ingreso: dolor abdominal

Historia de la enfermedad actual: Paciente del sexo femenino de 50 años de edad, de piel blanca, que refiere haber iniciado, desde aproximadamente un año antes del ingreso, con síntomas de intolerancia a los alimentos grasos y digestiones lentas. Con el decursar de los meses dicha sintomatología se fue acentuando en intensidad, con mayor periodicidad, apareciendo además dolor tipo cólico en la porción superior derecha del abdomen (hipocondrio derecho), relacionado con la ingestión de alimentos ricos en grasas, motivo por el cual acudió al policlínico de su área de salud, con el objetivo de recibir tratamiento médico para el alivio del dolor.

La enferma acude al cuerpo de guardia del hospital con un cuadro de dolor abdominal difuso, tipo cólico, de moderada intensidad, náuseas y vómitos en número de 5, fecaloideos, asociados a ausencia de expulsión de heces y gases por el ano.

Antecedentes patológicos personales: diabetes mellitus tipo II e hipertensión arterial.

Antecedentes patológicos familiares: madre y hermano: diabetes mellitus tipo II.

Examen físico: a la inspección se observó distensión abdominal simétrica, se auscultan ruidos hidroaéreos aumentados (ruidos de lucha). Se constata dolor difuso a la palpación superficial y profunda del abdomen, sin contractura muscular ni reacción peritoneal. La percusión revela aumento del timpanismo abdominal. El tacto rectal fue negativo.

Se pasa sonda de Levine que drenó líquido con contenido fecaloideo.

Exámenes complementarios: en el servicio de urgencias se realizaron los siguientes exámenes complementarios:

- Hemograma con diferencial: leucocitos: 13 000. Polimorfonucleares: 84.
- Gasometría: cifras normales.
- Ionograma: cifras normales.
- Grupo y factor: O positivo.
- Radiografía anteroposterior de abdomen simple de pie: se aprecia distensión de asas intestinales con niveles hidroaéreos a nivel central.
- Ultrasonido abdominal: se observan asas delgadas dilatadas, con signos de vaivén, no líquido libre en cavidad, vesícula biliar aumentada de tamaño, con paredes engrosadas de aproximadamente 5 mm, con imágenes de múltiples litiasis en su interior.

Impresión diagnóstica: oclusión intestinal mecánica.

Conducta: se intervino quirúrgicamente a la paciente con carácter de urgencia y se identificó una oclusión mecánica por un cálculo de aproximadamente 5,5 cm de longitud ([fig. 1](#) y [2](#)), ocluyendo la luz del íleon terminal, a nivel de los 40 cm proximales a la válvula de Bahuin. Se realizó la enterotomía con extracción del cálculo (enterolitotomía) ([fig. 3](#) y [4](#)) y enterorrafia. Posteriormente se realizó colecistectomía al encontrarse durante el acto quirúrgico la vesícula biliar aumentada de tamaño, con paredes engrosadas, múltiples litiasis en su interior y adherida al duodeno. Además se procedió a la fistulectomía ([fig. 5](#)) y duodenorrafia.

Evolución: la paciente evolucionó favorablemente y egresó a los 7 días de operada.

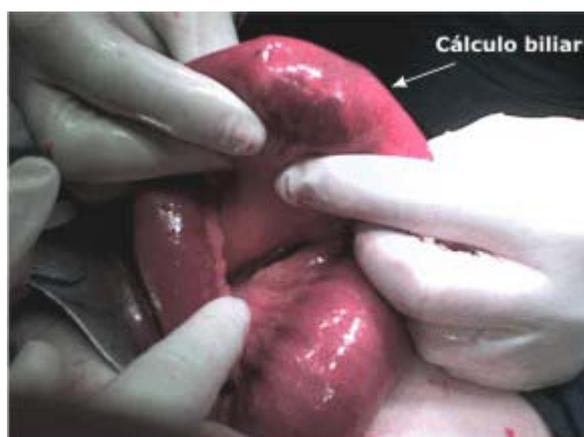


Fig. 1. Cálculo biliar en íleon terminal.



Fig. 2. Extracción del cálculo biliar.



Fig. 3. Cálculo biliar extraído.



Fig. 4. Orificio de la fístula en el duodeno.



Fig. 5. Orificio de la fístula en la vesícula biliar.

COMENTARIOS

Puesto que la colelitiasis ocurre con una frecuencia 3 a 6 veces más en mujeres que en hombres, se puede anticipar una mayor incidencia de íleo por cálculo biliar en mujeres.³⁻⁵

El proceso en general se inicia con la formación de cálculos en la vesícula biliar. La condición anatómica para el íleo biliar es la presentación de una fístula entre la vesícula y el tracto gastrointestinal. Cuando se produce un íleo biliar, existe casi siempre una fístula colecistoduodenal; las fístulas colecistocólicas apenas provocan un íleo y las fístulas coledocoduodenales son generalmente demasiado pequeñas para dejar pasar un cálculo obturador.^{3,6}

No todos los cálculos que pasan al intestino a través de fístulas provocan en modo alguno un íleo. Se estima que el diámetro mínimo del cálculo necesario para producir una obstrucción intestinal es de 2,5 cm. El 70 % de los impactos ocurren en el íleon terminal, 25 % en el yeyuno, 5 % en el duodeno y el 4 % en el colon.^{1,6-8}

Con frecuencia este cuadro de oclusión intestinal está precedido de un cuadro de colecistitis aguda. Existen antecedentes biliares de larga data hasta un 25 a 75 % de los casos, pero se puede encontrar en pacientes sin historia de enfermedad biliar o con colecistectomía previa.³

Entre el 50 y 75 % de los pacientes con íleo biliar presentan antecedentes sugestivos de colelitiasis.^{1,3} La duración de los síntomas antes de la hospitalización es a menudo prolongada e intermitente y puede corresponder este intervalo al tiempo transcurrido entre la movilización del cálculo y su impacto definitivo.^{1,8} En ocasiones se puede observar un episodio inicial de dolor sugestivo de cólico biliar, pero en general no hay dolor intenso en tanto no ocurra cólico intestinal. El dolor puede acompañarse de calambres, náuseas y vómitos, a veces intermitentes. Si la obstrucción del intestino delgado es completa, el vómito aumenta y se produce estreñimiento. Los vómitos biliosos y/o la dilatación gástrica sugieren una oclusión alta, mientras que la distensión abdominal y los vómitos fecaloideos hacen pensar en una obstrucción baja.

Los hallazgos al examen físico suelen ser inespecíficos incluso pueden ser normales entre los ataques de dolor.^{2,3,5-7} Los estudios de laboratorio no son de gran ayuda; la radiografía simple de abdomen sigue siendo una herramienta básica para el diagnóstico y frecuentemente muestra un patrón no específico de oclusión intestinal. La ultrasonografía es más útil para demostrar el cálculo impactado así como para confirmar colelitiasis residual o coledocolitiasis y la tomografía axial computadorizada puede identificar el sitio y el nivel de la obstrucción intestinal.^{3,9} El tratamiento del íleo biliar es quirúrgico.

El caso presentado es típico de esta infrecuente afección. El enfoque diagnóstico y el tratamiento quirúrgico realizado, garantizaron una evolución satisfactoria de la paciente.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Galiano Gil JM, Pacheco Ferrer O, Rodríguez Morris A, González de la Paz D, Gárcigas Y. Íleo biliar. Arch Cir Gen Dig. 8 Jun. 2007. Disponible en: <http://www.cirugest.com/htm/revista/2007/11/2007-06-08.htm>
2. Yau KK, Siu WT, Tsui KK. Migrating Gallstone: From Bouveret's Syndrome to Distal Small Bowel Obstruction. J Laparoendosc Adv Surg Tech. 2006 Jun;16(3):256-60.
3. Masannat Y, Caplin S, Brown T. A rare complication of a common disease: Bouveret syndrome, report of a case. World J Gastroenterol. 2006;12(16):2620-1.
4. Maiss J, Hochberger J, Hahn EG. Successful laserlithotripsy in Bouveret's syndrome using a new frequency doubled doublepulse Nd:YAG laser (FREDDY). Scand J Gastroenterol. 2004;39(8):791-4.
5. Pittman MA, Heath D, McNair A. Gallstone ileus following endoscopic retrograde cholangiopancreatography and endoscopic sphincterotomy. Dig Dis Sci. 2007 Feb;52(2):513-5.
6. Rodríguez-Hermosa JI. Síndrome de Bouveret: descripción de 5 casos. Cir Esp. 2004;76(4):256-60.
7. Kirchmayr W. Gallstone ileus: rare and still controversial. ANZ J Surg. 2005 Apr;75(4):234-8.
8. Castro S. Cartas al director: Síndrome de Bouveret. Cir Esp. 2006;79(3):193-5

9. Gelbman A. Clinical quiz. Gallstone ileus with cholecystocolonic fistula. Emerg Radiol. 2006 May;12(4):199-200.

Recibido: 24 de septiembre de 2010.

Aprobado: 7 de diciembre de 2010.

Dr. *Félix Armando Cabrera Cárdenas*. Hospital Militar Central "Dr. Carlos J. Finlay".
Avenida 114 y 31, Marianao, La Habana, Cuba.