

Íleo biliar, causa no habitual de oclusión intestinal

Biliary ileus, an unusual cause of intestinal obstruction

Ricardo Juan Alfaro-Alonso^{1*}  <https://orcid.org/0000-0002-0015-1840>

René Luis Escaig-Olivares¹  <https://orcid.org/0000-0002-6581-3243>

¹ Hospital General Docente Dr. Mario Muñoz Monroy. Colón. Matanzas, Cuba.

* Autor para la correspondencia: ricardoalfaro.mtz@infomed.sld.cu

RESUMEN

El íleo biliar es una rara complicación de la litiasis vesicular, que se comporta como un cuadro de obstrucción intestinal mecánica, cuya causa es la impactación de uno o más cálculos biliares en su luz. Es evidente que, por lo infrecuente de esta entidad en los servicios quirúrgicos, el diagnóstico de la misma es demorado o no se realiza, incidiendo en la evolución del paciente de manera desfavorable. El objetivo de este trabajo es considerar que un diagnóstico precoz del íleo biliar —basado en el análisis de los antecedentes del enfermo, las manifestaciones clínicas y la interpretación correcta en busca de los signos de la tríada de Rigler— permite una mejor evolución de los pacientes. Los estudios imagenológicos y su interpretación son fundamentales en el diagnóstico de esta entidad.

Palabras clave: impactación; obstrucción intestinal; coledocitis; íleo biliar; bulbo duodenal.



ABSTRACT

Biliary ileus is a rare complication of gallbladder lithiasis, which behaves like a mechanic intestinal obstruction, the cause of which is the impaction of one or more gallstones in its lumen. It is evident that because of the infrequency of this entity in the surgical services, its diagnosis is delayed or not carried out, affecting the patient's evolution in an unfavorable way. The aim of this paper is to consider that a precocious diagnosis of biliary ileus—based on the analysis of the patient's history, the clinical manifestations and correct interpretation in search of the signs of Rigler's triad—allows a better evolution of patients. Imaging studies and their interpretation are fundamental in the diagnosis of this entity.

Key words: impaction; intestinal obstruction; cholelithiasis; biliary ileus; duodenal bulb.

Recibido: 08/07/2022.

Aceptado: 25/04/2023.

La litiasis vesicular, a pesar de ser una afección benigna, cuando evoluciona hacia sus complicaciones eleva la morbilidad y la mortalidad. Algunos autores refieren que su prevalencia es inferior en los países subdesarrollados en comparación con los industrializados. Un ejemplo es Japón, que presenta una alta prevalencia en relación con poblaciones indígenas de Chile y México.

Existen numerosas complicaciones relacionadas con el paso de cálculos a través del árbol biliar, debido a la obstrucción e inflamación que provocan; una de ellas es el íleo biliar. El primer caso reportado en la literatura de esta entidad fue en 1645 por Bartholín, y en 1841 Bonnet describió el primer caso de obstrucción intestinal debido a impactación de un cálculo biliar en el bulbo duodenal.^(1,2) En 1896, Leon August Hoffmann Bouveret estableció el primer diagnóstico preoperatorio, y en 1890 Courvossier publicó una serie de 131 casos, con mortalidad quirúrgica de aproximadamente 50 %.^(3,4)

El objetivo de este trabajo es ampliar el conocimiento sobre el íleo biliar y describir las manifestaciones clínicas y síntomas en este tipo de complicación de la litiasis vesicular. Es importante tener un alto índice de sospecha de esta entidad, lo cual permite establecer su diagnóstico de manera más temprana y, por ende, las complicaciones propias del tratamiento quirúrgico son evitadas.

El íleo biliar es una forma poco frecuente de obstrucción intestinal mecánica. En la literatura se reporta de un 1 al 3 %. A su vez, como complicación de la coledoclitiasis no es frecuente: se informa de un 0,3 al 0,4 %, estando presente en el 25 % de las



personas de edad geriátrica.⁽⁵⁻⁷⁾ Su incidencia aumenta en las mujeres, con una relación de 4:1.

El íleo biliar es causado por la impactación de cálculos biliares dentro del tracto gastrointestinal, debido a una comunicación anómala entre este y el sistema biliar. Sin embargo, también puede presentarse en pacientes sin historia de enfermedad biliar o incluso colecistectomizados.^(1,2,4,5)

Desde el punto de vista clínico, la mayoría de las fístulas colecistoentéricas son silentes, pero para que exista obstrucción intestinal, el lito vesicular debe ser superior a 2,5 cm, a la vez que es necesaria la existencia de una comunicación biliodigestiva. La misma se produce cuando un cálculo erosiona las paredes de la vía biliar y del tubo digestivo. Esta lesión está asociada a un proceso inflamatorio de la vesícula biliar, siendo la reducción del flujo arteriovenoso y el aumento de la presión intraluminal de la vía biliar los factores que ocasionan la perforación, fistulización y pase del cálculo biliar hacia el sistema gastrointestinal. La fístula biliodigestiva que más frecuente se observa es la colecistoduodenal (65-77 %), seguida por la colecistocólicas (10-25 %) y la colecistogástrica (5 %); las coledocoduodenales aparecen con menos incidencia.^(2,6-9)

Los factores que favorecen y contribuyen a la formación de la fístula biliodigestiva son los siguientes:

- Edad avanzada
- Antecedentes de enfermedad biliar
- Tamaño de los cálculos (2-8 cm)
- Episodios de colecistitis aguda

Las principales localizaciones de impactación del cálculo son:

- Íleon distal
- Colon
- Duodeno (síndrome de Bouveret)

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 por el efecto de válvula del cálculo. El examen físico es el correspondiente a un cuadro oclusivo como distensión abdominal, ruidos hidroaéreos aumentados, timpanismo abdominal y dolor a la palpación. El diagnóstico preoperatorio, con



frecuencia, es difícil de realizar; se informa que solo es posible entre un 20 y 50 % de los casos. El motivo por el que el diagnóstico se realiza tardíamente radica en el énfasis en la anamnesis del paciente sobre su historia de enfermedad biliar; en algunos casos asociados a elementos clínicos de un cuadro oclusivo mecánico que se instaura de forma lenta, gradual e intermitente, debido a la progresión del lito en la luz intestinal, impactándose distalmente.

El cuadro clínico del íleo biliar es inespecífico e intermitente. Los síntomas más comunes son: dolor y distensión abdominal, náuseas, vómitos e ictericia en el 15 % de los pacientes. En el 50 % de los casos, el diagnóstico se hace durante laparotomía exploradora.⁽⁶⁾ La denominada tríada de Morder permite tener una alta sospecha de esta enfermedad, al encontrar en el paciente una historia de enfermedad biliar, signos de colecistitis aguda, conjuntamente con signos de oclusión intestinal.

En un estudio radiológico del abdomen, se pueden mostrar imágenes clásicas de obstrucción del intestino delgado, neumobilia y cálculo biliar aberrante, lo que constituye la llamada tríada de Rigler (fig. 1), aunque se reporta en menos del 30 % de los pacientes. La ecografía y, sobretudo, la tomografía axial computadorizada (TAC), permiten también realizar el diagnóstico.



Fig. 1. Distensión de asas delgadas, neumobilia e imagen cálcica.

Al confirmar los hallazgos clásicos de la tríada de Rigler, se debe tener presente que la imagen calcificada debe corresponder a la litiasis vesicular ectópica dentro de la luz de un segmento intestinal —lo que ocasiona la obstrucción intestinal—, y no a otras imágenes calcificadas que pudieran estar presentes y que corresponden a otros órganos o masas pélvicas. Se debe descartar las bridas o hernias como causa de oclusión intestinal; la aerobilia es secundaria a la presencia de una fístula colecistoentérica (fig. 2) y no idiopática, como puede verse en ancianos, o la provocada por procedimientos bilioentéricos previos.^(10,11) La presencia de estos hallazgos se reporta entre el 17 al 35 % de los casos en diversas revisiones sobre el tema. La ultrasonografía abdominal y la TAC se han adicionado entre las investigaciones, para aumentar la sensibilidad del diagnóstico. También se ha empleado la endoscopia, teniendo valor en los pacientes con íleo biliar duodenal y colónico al extraerse por esta vía los litos causantes de la obstrucción.



Fig. 2. Área anatómica donde se encuentra la fístula colecistoentérica.

La mortalidad por íleo biliar es variable, reportándose entre el 1 % y el 30 %, y se debe al diagnóstico tardío en pacientes con múltiples comorbilidades: edad avanzada, asociada a colangitis (10 %), tiempo quirúrgico prolongado y mortalidad no relacionada a cirugía, como infecciones nosocomiales, infarto agudo al miocardio y tromboembolismo pulmonar. El diagnóstico de íleo biliar es un reto y más en pacientes adultos mayores con múltiples comorbilidades. Cuando el diagnóstico se realiza con

retraso en el paciente, se incrementa la morbimortalidad, por lo que se debe garantizar un diagnóstico preciso.^(2,6,12)

El tratamiento debe ser quirúrgico; solo en pacientes de alto riesgo se puede intentar el abordaje terapéutico con endoscopia digestiva alta, endoscopia digestiva baja e incluso litotripsia, en dependencia de la localización del cálculo.

Actualmente existe controversia respecto al tratamiento quirúrgico de aquellos pacientes que padecen un episodio de íleo biliar. Las principales opciones son enterolitotomía única (fig. 3), enterolitotomía con colecistectomía, reparación de fístula colecistoentérica, enterolitotomía en fase inicial con cirugía posterior de la fístula colecistoentérica y colecistectomía.⁽¹³⁻¹⁵⁾



Fig. 3. Enterotomía y extracción del cálculo.

En opinión de los autores, es el estado general del paciente el que permite la solución del problema 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 íleo biliar es una urgencia quirúrgica de diagnóstico difícil y, en ocasiones, tardío. Nuestra consideración es tener un alto índice de sospecha en todo paciente con historia de enfermedad biliar anterior y con un cuadro abdominal sugestivo de oclusión

intestinal, apoyado por los estudios imagenológicos que comprueben la presencia de la tríada de Rigler, que es fundamental para su diagnóstico.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Sánchez-García M, Tomoiu IG, Reina-Escobar D, Delgado-Casado JA. Causa infrecuente de obstrucción intestinal. *Semergen* [Internet]. 2015 [citado 13/02/2023];41(4):e18-e20. Disponible en: <https://medes.com/publication/97448>
2. Ploneda-Valencia CF, Gallo-Morales M, Rinchon C, et al. El íleo biliar: una revisión de la literatura médica. *Rev Gastroenterol Méx* [Internet]. 2017 [citado 13/02/2023];82(3):248-54. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0375090617300137>
3. Navarro-Del Río E, Hernández-Zúñiga JF. Bouveret´s syndrome: a rarest complication of cholelithiasis. A case report and literature review. *Cir Cir* [Internet]. 2020 [citado 13/02/2023];88(1):95-9. Disponible en: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S2444-054X2020000100095&script=sci_abstract&tlng=en
4. Bueno-Cañones AD, Bailón-Cuadrado M, Asensio-Díaz E, et al. Íleo biliar. Reporte de casos. *Rev Cir* [Internet]. 2020 [citado 13/02/2023];72(5):468-71. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2452-45492020000500468&nrm=iso
5. Céspedes Rodríguez HA, Fernández Pérez R. Íleo biliar, una causa poco frecuente de oclusión intestinal. *Rev Cubana Cir* [Internet]. 2020 [citado 13/02/2023];59(3):e912. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74932020000300012&nrm=iso
6. González García JE, Torres Aja L. Íleo biliar: una causa infrecuente de oclusión intestinal. Presentación de un caso clínico. *MediSur* [Internet]. 2021 [citado 13/02/2023];19(6):1028-32. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-897X2021000601028&nrm=iso
7. López AE, Ortega EE, de Elías E, et al. Íleo biliar. Una entidad que perdura en el tiempo. *Rev Argent Cir* [Internet]. 2021 [citado 13/02/2023];113(1):56-61. Disponible en: <http://www.scielo.org.ar/pdf/racir/v113n1/2250-639X-racir-113-01-56.pdf>
8. Ramírez-Nava JR, Rentería-Palomo E, Delano-Alonso R, et al. Oclusión intestinal por íleo biliar, tratamiento quirúrgico. *Rev Fac Med (Méx)* [Internet]. 2019 [citado 13/02/2023];62(3):32-7. Disponible en: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0026-17422019000300032&script=sci_arttext



9. Soliva Martínez D, Belda González I, Vicente Rodrigo JA, et al. Íleo Biliar. Rev Argentina de Radiología [Internet]. 2018 [citado 13/02/2023]; 82(2): 88-90. Disponible en: <https://www.thieme-connect.com/products/ejournals/html/10.1055/s-0038-1639489>
10. Tamayo Rodríguez ZM, Pérez Páez TO. Íleo biliar. Informe de caso. 16 de Abril [Internet]. 2021 [citado 13/02/2023]; 60(280). Disponible en: https://rev16deabril.sld.cu/index.php/16_04/article/view/942
11. Toral-Chan AI, Palacios-Padrón A, Vázquez-Hernández R. Íleo biliar: un reto diagnóstico y terapéutico. Rev Hosp Jua Mex [Internet]. 2019 [citado 13/02/2023]; 86(2): 92-5. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/juarez/ju-2019/ju192f.pdf>
12. León G, LeMarie AS, Duarte Ropero NL. Íleo Biliar. Descripción de un caso. Experiencia institucional. Rev Científica Conecta Libertad [Internet]. 2020 [citado 13/02/2023]; 4(2): 121-6. Disponible en: <https://revistaitsl.itslibertad.edu.ec/index.php/ITSL/article/view/137>
13. Salazar-Jiménez MI, Alvarado-Durán J, Fermín-Contreras MR, et al. Gallstone ileus, surgical management review. Cir Cir [Internet]. 2018 [citado 13/02/2023]; 86(2): 182-6. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumenI.cgi?IDREVISTA=10&IDARTICULO=82927&IDPUBLICACION=7975>
14. Pérez Reyes M, Mirón Fernández I, Pitarch Martínez M, et al. Non-operative management to gallstone ileus. Cir Esp. 2020; 98(9): 556. Citado en PubMed; 32067700.
15. Magallanes Gamboa JO, Notario Barba V, Marcos Sánchez F. Gallstone ileus as a cause of abdominal pain in the elderly patient. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2020; 55(3): 169-72. Citado en PubMed; PMID: Disponible en: 32035787.

Conflicto de intereses

Los autores declaran que no existe conflicto de intereses.

CÓMO CITAR ESTE ARTÍCULO

Alfaro-Alonso RJ, Escaig-Olivares RL. Íleo biliar, causa no habitual de oclusión intestinal. Rev Méd Electrón [Internet]. 2023 May.-Jun. [citado: fecha de acceso]; 45(3). Disponible en: <http://www.revmedicaelectronica.sld.cu/index.php/rme/article/view/5024/5612>

