

Íleo biliar. *Reporte de un caso*

M.C. Efrén de J. Herrera Robles,*

Tte. Cor. M.C. René Francisco Candia de la Rosa,** M.C. Luis F. Ortega Beltrán*

Servicio de Cirugía del Hospital Militar Regional de Puebla.

RESUMEN

Reportamos el caso de un paciente masculino de 47 años de edad con dolor abdominal en epigastrio y mesogastrio, con el diagnóstico inicial de pancreatitis aguda. En la tomografía computada de abdomen observamos aire dentro de la vesícula biliar y una imagen compatible con un lito en el intestino delgado, por lo que se diagnosticó íleo biliar, sometiendo al paciente a laparotomía exploradora con una enterotomía para extraer el lito del íleon y cierre primario. Este caso plantea lo difícil que suele ser el diagnosticar el íleo biliar, enseña que puede presentarse sin sintomatología biliar u obstructiva, muestra las imágenes radiológicas que pueden encontrarse o no en las radiografías simples, ultrasonido y tomografía abdominales y el mejor tratamiento para el paciente.

Palabras clave: íleo biliar, obstrucción intestinal, fistula colecistoduodenal.

Introducción

La obstrucción intestinal puede ser causada por problemas intrínsecos, extrínsecos, congénitos e intraluminales. Dentro de las causas intraluminales se encuentra el íleo biliar, enfermedad poco común y que produce de 1 a 3% de las obstrucciones no estranguladas de intestino delgado en pacientes menores de 65 años y que aumenta hasta 25% en pacientes mayores de la misma.¹⁻⁴ Difícil de diagnosticar, representa un alto índice de complicaciones y mortalidad que se encuentra entre 12 y 27%. Esto ya que el íleo biliar lo encontramos en pacientes de edad avanzada, así como la alta incidencia de enfermedades concomitantes como la diabetes mellitus, hipertensión arterial, problemas cardiovasculares y obesidad, enfermedad de Caroli, así como el grado de des-

Gallstone ileus. *A case report*

SUMMARY

We report a case of a 47 year old male patient with abdominal pain in epigastrium and mesogastrium without intestinal block symptoms, with the initial diagnosis of acute pancreatitis. In the computed tomography we observed air inside the gallbladder and an image compatible with a stone in the small intestine, making the diagnosis of gallstone ileus, performing a laparotomy with enterotomy, gallstone extraction and enteroraphy. This case shows how difficult could be to establish the diagnostic of gallstone ileus, which can be present without biliary and obstructive symptoms, shows the radiologic images that can be found or not in abdominal simple X-rays, ultrasound or tomography, as well as the best treatment for the patient.

Key words: Gallstone ileus, intestinal obstruction, cholecystoduodenal fistula.

hidratación e hipovolemia al ingresar a quirófano estos pacientes. De igual manera, la propia cirugía es un factor de morbimortalidad importante.³⁻⁷

El rol de los estudios diagnósticos es de vital importancia para reconocer este padecimiento. Radiografías simples de abdomen, tránsito intestinal, serie gastroduodenal, tomografía computada y ultrasonografía son considerados para abordar al paciente.^{8,9}

La mayor parte de los pacientes son sometidos a intervenciones quirúrgicas para extraer el lito, y en escasos casos la endoscopia es suficiente para resolver el problema.¹⁰

El manejo de fistula biliar y colecistectomía durante la cirugía o en un segundo tiempo quirúrgico es controvertido, pero el procedimiento depende de las condiciones del paciente.^{3,4,11}

* Residente de 3er. año de la especialidad en Cirugía General del Hospital Militar Regional de Puebla. ** Cirujano Vascular, Jefe del Servicio de Consulta Externa y del Curso de Cirugía General del Hospital Militar Regional de Puebla.

Correspondencia:

Dr. Efrén de J. Herrera Robles

29 Poniente 3112-4. Col. Sta. Cruz los Ángeles, Puebla, Pue.

Correo electrónico: efrénher@hotmail.com

Recibido: Septiembre 18, 2003.

Aceptado: Septiembre 29, 2003.

Este artículo se presenta para discutir los hallazgos encontrados en un paciente con este problema, fuera del contexto de lo común de este padecimiento, analizar y discutir las implicaciones diagnósticas y terapéuticas del íleo biliar.

Resumen clínico

Paciente masculino de 47 años de edad, originario de Tepatlaxco, Puebla, México, militar retirado, niega alérgicos y enfermedades crónico degenerativas. Antecedentes quirúrgicos de vasectomía en 1994.

Inicia su padecimiento 18 horas antes, con dolor abdominal, sin antecedentes de cuadro similar, localizado en epigastrio y mesogastrio con irradiación a espalda y a hemiabdomen derecho, transfectivo, de intensidad moderada a severa, que exacerba con los alimentos y sin atenuantes. Se acompaña de cefalea en casco de moderada intensidad y constante, vómito en repetidas ocasiones de contenido alimenticio, halitosis, eructos, distensión abdominal importante, canaliza gases y evacuaciones presentes escasas en cantidad. Niega fiebre u otra sintomatología.

A la exploración física se encontraron signos vitales dentro de los parámetros normales, deshidratación de mucosas. Amplexión y amplexación aumentados, ruidos cardíacos rítmicos y sin fenómenos agregados. Abdomen distendido, depresible, doloroso a la palpación en epigastrio, sin signo de rebote o resistencia muscular involuntaria, signo de Murphy negativo, peristalsis presente pero disminuida de intensidad y frecuencia. Genitourinario, extremidades y neurológico sin alteraciones aparentes.

Los exámenes de laboratorio demostraron hemoconcentración con hemoglobina de 19.0 g/dL y hematócrito de 53.9% y leucocitosis de 20,000 a expensas de neutrófilos. Los electrolitos fueron: sodio de 143 mEq/L, potasio de 4.0 mEq/L, cloro de 102 mEq/L, calcio ionizado 1.19 mEq/L. La química sanguínea con BUN de 18, urea de 38.52, creatinina de 1.1, y glicemia de 156. Lipasa en suero de 170 y amilasa de 37. TGO de 25, TGP de 45 y bilirrubinas totales de 0.5 mg/dL.

En los estudios de gabinete la radiografía simple de abdomen en bipedestación muestra dilatación de asas de intestino delgado y radioopacidad (*Figura 1*) de aproximadamente 3-4 cm de diámetro en flanco derecho, apenas perceptible y que aparece en una sola radiografía de cuatro tomadas: dos en bipedestación y dos en decúbito dorsal. El ultrasonido muestra hígado homogéneo de bordes irregulares, no se identifica vesícula biliar, colédoco de 6 mm de diámetro, porta de 9 mm, riñones homogéneos, asas intestinales ocupadas por contenido mixto, sumamente dilatadas con abundante gas, con peristalsis ausente. Tomografía computada donde se reporta tamaño y bordes adecuados de todas las estructuras viscerales, con presencia de aire en las vías biliares, con asas intestinales muy distendidas y lito en intestino delgado (*Figuras 2 y 3*).

Se realiza un diagnóstico inicial de pancreatitis aguda manejándose sin vía oral, sonda nasogástrica y analgésicos con poca respuesta al tratamiento, aun con mayor distensión



Figura 1. Radiografía simple de abdomen. Nótese la opacidad en el flanco derecho: lito en intestino.

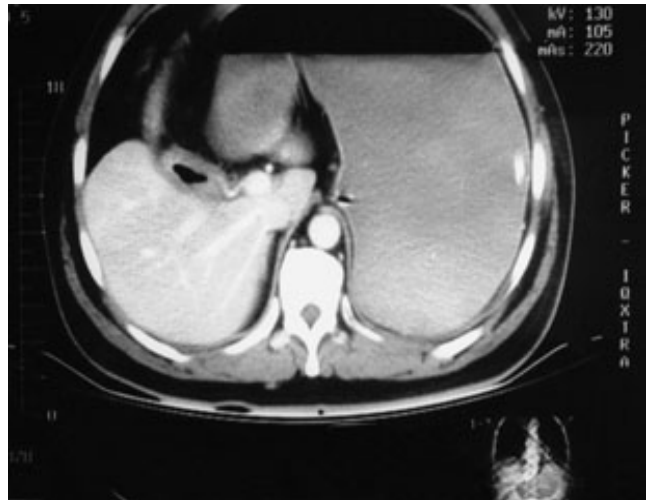


Figura 2. Tomografía computada de abdomen. Aire en vesícula biliar.

abdominal. Tras realizarse la tomografía y observarse distensión de asas intestinales, aire en la vía biliar y una imagen compatible con un lito en intestino se sospecha de íleo biliar, por lo que el paciente es sometido a laparotomía exploradora (*Figura 4*) y se encuentra un lito de aproximadamente 4 por 6 cm de forma ovoide (*Figuras 5 y 6*) a 120 cm de distancia del ángulo de Treitz. Se realizó enterotomía, extracción del lito, revisión de asas intestinales y enterorrafia. No se identificó trayecto fistuloso y tampoco se realizó colecistectomía, por considerar que el paciente presentará una morbilidad menor a la que se presentaría tras una colecistectomía con cierre de fistula.

La evolución del paciente fue satisfactoria y se reinició la vía oral a los cinco días. Fue egresado del hospital ocho días después de la cirugía en condiciones estables. Se da seguimiento en la consulta externa con buena evolución.

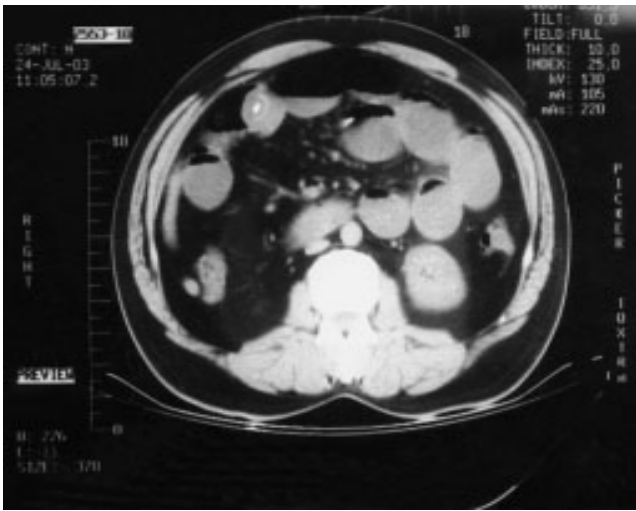


Figura 3. Tomografía computada de abdomen. Asas intestinales dilatadas, con niveles hidroaéreos. Lito obstruyendo intestino.



Figura 4. Laparotomía exploradora. Importante dilatación de asas intestinales al abrir cavidad abdominal.



Figura 5. Área de intestino delgado (yeyuno), donde se observa y palpa el sitio de obstrucción.

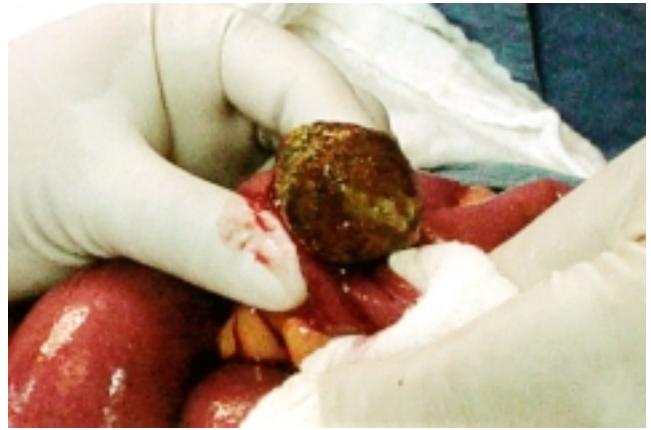


Figura 6. Extracción del lito tras la enterotomía.

Discusión

La primera descripción del íleo biliar fue hecha por Bartholin en 1645 en el curso de una autopsia, y, ya en 1890, Courvoisier publicó una serie de 131 casos.^{1,12} Muchas series informan un promedio de edad entre los 65 y 75 años aunque el promedio de todas ellas es de 72 años. Ocurre con mayor frecuencia en mujeres, en una proporción de 3.5:1.^{2,10,13-15} Más de la tercera parte de los pacientes no cuentan con historia de síntomas biliares. La obstrucción mecánica intestinal con dolor abdominal y vómito es la presentación clínica más común, pero ésta suele ser insidiosa por el fenómeno de “válvula” (en el que el lito que obstruye continuamente migra, liberando parcialmente la luz intestinal para posteriormente impactarse distalmente y obstruir nuevamente el intestino). Los estudios de laboratorio demuestran en ocasiones leucocitosis leve, desequilibrio hídrico y electrolítico y signos de deshidratación; con pruebas de función hepáticas alteradas en un tercio de los pacientes.^{3,4,13-15} La obstrucción del conducto cístico es el evento fisiopatológico que causa la colecistitis y eventualmente produce una fistula bilioentérica.^{1,3,4,16} La localización de la fistula en 68% de los casos fue bilioduodenal, 15% corresponde a fistulas colecistocólicas, otro 5% fue biliocutánea, y en el resto no se encuentra el trayecto.^{17,18}

La obstrucción mecánica del tubo digestivo por litos biliares es un suceso poco frecuente. El íleo por litiasis biliar produce 1 a 3% de las obstrucciones mecánicas del intestino delgado. Es una enfermedad de características del anciano. Por lo general, la obstrucción intraluminal se debe a la erosión del cálculo en el tubo digestivo. El cálculo causante suele entrar a través de una fistula colecistoentérica. El lito, casi siempre único, o raramente dos o más, puede vomitarse o evacuar por el recto en forma espontánea una vez que ingresa al tubo digestivo.¹⁹ El sitio principal de obstrucción por el lito es el intestino medio y bajo. Cuando una obstrucción ocurre, el sitio casi siempre es el íleon terminal, que es la porción más estrecha del intestino delgado. En el íleon se identifican en 60%, seguido por el yeyuno con 16%, estó-

mago con 14%, colon 4%, duodeno 3% y sólo pasan espontáneamente sin causar obstrucción 1% de los cálculos menores de 2 a 3 cm. Siendo evacuados vía rectal. Se ha reportado íleo biliar con impactación en divertículo de Meckel o ruptura esofágica secundaria a íleo biliar (síndrome de Boerhaave).^{18,20} Si un cálculo biliar bloquea el intestino delgado, se producen los efectos anatómicos y fisiológicos mórbidos de una obstrucción mecánica.^{4,9,11,14,17,18}

Es posible que exista el antecedente sugestivo de colelitiasis o síntomas de colecistitis aguda justo antes del inicio del íleo por litiasis biliar. El cuadro clínico incluye cólico, náusea y vómito a veces intermitente. Los signos radiológicos de íleo biliar fueron descritos por Rigler.^{8,9,21} La radiografía simple de abdomen se considera básica para el diagnóstico y frecuentemente demuestra un patrón no específico de obstrucción intestinal, aire y/o medio de contraste en el árbol biliar, visualización directa del lito o indirecta por el medio de contraste que lo rodea, evidencia de obstrucción intestinal completa o parcial y cambio en la posición de un lito observado en placas previas. La presencia de dos de los tres primeros signos es patognomónica de íleo biliar, pero sólo se encuentra en 40 a 50% de los casos. Los tres primeros se observan en tan sólo 15% de los casos. El hallazgo más frecuente encontrado es la obstrucción intestinal en 70%, seguido de la neumobilia en 54%, con lito de localización anormal en 35%.^{4,8}

Las fistulas biliares entéricas se tratan con colecistectomía y cierre primario de la abertura intestinal. El tratamiento quirúrgico es la terapia de elección, un tiempo quirúrgico que involucra una colecistectomía y reparación de la fistula tiene mortalidad de 16.9%, mientras que una simple enterolitotomía tiene mortalidad de 11.7%. La recurrencia después de una enterolitotomía es de 4.7%.^{4,9,10,15,22,23}

Debido a la alta morbilidad, procedimientos alternos a la cirugía han sido tomados en cuenta, pero esto depende del sitio de la obstrucción. Si el lito es desplazado hacia el estómago (síndrome de Bouveret) la extracción endoscópica puede realizarse. Litos impactados en el colon pueden ser removidos con litotripsia o colonoscopia utilizando una canastilla.^{4,10}

En nuestro paciente se hizo un diagnóstico de pancreatitis aguda por la sintomatología, así como ruidos peristálticos presentes, sin demostrarse bloqueo intestinal aun en algunas radiografías simples de abdomen. Se realiza una tomografía con una imagen compatible de lito en el intestino delgado, sospechándose de íleo biliar, por lo que el paciente es sometido a laparotomía exploradora, con extracción del lito y sin realizarse colecistectomía ni cierre de fistula, presentándose en él una mejoría clínica significativa aún mejor que la que pudiera haberse presentado tras una colecistectomía con cierre de fistula, la cual implica mayor morbilidad.

El caso que nosotros presentamos plantea lo difícil que suele ser el diagnosticar el íleo biliar, enseña cómo puede presentarse en pacientes más jóvenes, sin sintomatología biliar, inclusive sin sintomatología de proceso obstructivo a

nivel intestinal, muestra los hallazgos radiológicos que pueden encontrarse o estar ausentes en la radiografía simple de abdomen, ultrasonido y tomografía y el tratamiento más adecuado para el paciente.

Conclusiones

El íleo biliar es una rara complicación de la litiasis biliar que se presenta como obstrucción intestinal en pacientes generalmente de sexo femenino, edad avanzada y con antecedentes biliares, pero no lo excluye del sexo masculino y en jóvenes asintomáticos.

El tratamiento es quirúrgico y debe estar dirigido primordialmente a la obstrucción intestinal y secundariamente a la fistula biliodigestiva, que puede realizarse o no simultáneamente, o definitivamente no realizarse dependiendo de las condiciones locales y generales del paciente.

Referencias

1. Ferranina P, Oría A. Cirugía de Michas. 5/a. Ed. Buenos Aires, Argentina: Editorial Ateneo; 2000, p. 614-15.
2. Osdemir M, et al. Biliary enteric fistulas. *Int Surg* 1997; 82: 280-3.
3. Sabiston DC. Patología quirúrgica. 15/a. Ed. Vol. 2. México, D.F.: Editorial McGraw-Hill Interamericana; 1999, p. 1229.
4. Schwartz SI. Principios de cirugía. 7/a. Ed. Vol. 2. México, D.F.: Editorial McGraw-Hill Interamericana; 2000, p. 1544-6.
5. Feldman M. Enfermedades gastrointestinales y hepáticas. 6/a. Ed. Buenos Aires, Argentina: Editorial Panamericana; 2000, p. 1034.
6. Gaiani S, et al. Gallstone ileus in Caroli's disease. *Am J Gastroenterol* 2000; 95(12): 3642-3.
7. Way LW. Diagnóstico y tratamiento quirúrgicos. 7/a. Ed. México, D.F.: Editorial Manual Moderno; 1995, p. 664-5.
8. Perry JP, et al. Acquired gastrointestinal fistulas: classification, etiologies, and imaging evaluation. *Radiology* 2002; 224: 9-23.
9. Hirose-Oishi T, et al. Obstrucción intestinal secundaria a íleo biliar. *Rev Gastroenterol Mex* 2002; 67(1): 34-7.
10. Lubbers R, et al. Gallstone ileus: endoscopic removal of gallstone obstructing the upper jejunum. *J Intern Med* 1999; 246: 593-7.
11. Adrian AJ, Ian JB. Acute cholecystitis. *BMJ*, 2002; 325(9): 639-43.
12. Harding AJ, Rithe D. Short practice of surgery. 17/a. Ed. Londres, Inglaterra: Editorial HK Lewis and Co. Ltd.; 1997, p. 909 y 1019-20.
13. Andreas MK, Ernesto PM. Gallstone ileus. *N Engl J Med* 1997; 336(3): 879-80.
14. De la Fuente-Lira M, Gallo-Arriaga B. Íleo biliar. *Rev Gastroenterol Mex* 2002; 67(1): 55.
15. Summerton SL, Hollander AC, Rosenberg HK, Carroll SF. US case of the day. Gallstone ileus. *Radio Graphics* 1995; 15(3): 493-5.
16. Zittel RX. Diagnóstico diferencial de las enfermedades quirúrgicas. 1/a. Ed. Barcelona, España: Editorial Científico Médica; 1970, p. 185.
17. Clavien PA, Richon J, Burgan S, Rohner A. Gallstone ileus. *Br J Surg* 1990; 77: 737-42.
18. Nakamoto Y, et al. Gallstone ileus with impaction at the neck of a Meckel's diverticulum. *Br J Radiol* 1998; 71: 1320-22.
19. Davies JB, Sedman PC, Benson EA. Gallstone ileus- beware the silent second stone. *Postgrad Med J* 1996; 72(847): 300-1.
20. Reñe M, et al. Duodenal gallstone ileus producing Boerhaave's syndrome. *Abdom Imaging* 1995; 20: 516-7.
21. Ripolles T, et al. Gallstone ileus: increased diagnostic sensitivity by combining plain film and ultrasound. *Abdom Imaging* 2001; 26: 401-5.
22. Ian JB. ABC of diseases of liver, pancreas, and biliary system: Gallstone disease. *BMJ* 2001; 322: 91-4.

23. Reisner RM, Cohen JR. Gallstone ileus: a review of 1001 reported cases. *Am Surg* 1994; 60(6): 441-5.
24. Akira-Furukawa, et al. Helical CT in the diagnosis of small bowel obstruction. *Radio Graphics* 2001; 21(3): 341-55.
25. Kim E. Images in clinical medicine. *N Engl J Med* 1996; 26(9): 942.
26. Seal E, Creagh MF, Finch PJ. Gallstone ileus: a new role for abdominal computed tomography. *Postgrad Med J* 1995; 81(835): 313-5.