

Íleo biliar. Informe de caso

Zayda María Tamayo Rodríguez ¹ , Tomás Pérez Páez ¹ 

¹ Universidad de Ciencias Médicas de La Habana, Facultad de Ciencias Médicas General Calixto García, Departamento de Cirugía. La Habana, Cuba..

RESUMEN

Introducción: el íleo biliar es causa poco frecuente de obstrucción intestinal ocasionada por el paso de litos del tracto biliar al tubo digestivo a través de una fístula. Constituye una complicación de la coledocistitis, presentándose en el 0,3 al 0,5 % de los casos. Se presenta generalmente en mujeres de edad avanzada con múltiples comorbilidades y antecedentes de enfermedad biliar, y como un cuadro inespecífico de obstrucción intestinal. **Presentación de Caso:** se presenta el caso de una paciente femenina de 69 años de edad con cuadro clínico de varios días de evolución, dado por dolor abdominal intenso y generalizado, distensión abdominal y no expulsión de heces ni gases. La poca especificidad de los síntomas no hizo posible el diagnóstico precoz de la entidad, el cual fue realizado durante el transoperatorio. **Conclusión:** el íleo biliar representa una urgencia de difícil diagnóstico con una escasa frecuencia de presentación, lo cual retrasa el manejo quirúrgico para la resolución del cuadro y eleva el riesgo de muerte y la estancia hospitalaria, por lo que es importante tener los conocimientos necesarios para lograr su correcta identificación y tratamiento oportuno.

Palabras clave: Coledocistitis; Fístula biliar; Íleo biliar; Obstrucción intestinal

El íleo biliar constituye una complicación de la coledocistitis y es definido como una obstrucción intestinal mecánica debido al paso e impacto de litos desde la vía biliar hasta cualquier segmento del tubo digestivo a través de una fístula bilioentérica ^{1,2,3,4}.

Fue descrita por primera vez durante un estudio posmortem en 1654 por el médico, matemático y teólogo danés Thomas Bartholin ⁵. Para 1890, Ludwing Corvoisier, cirujano suizo del siglo XIX y especialista en cirugía de vesícula y vías biliares, publicó una serie de 131 casos de íleo biliar, mientras que en 1896 Bouveret describió el síndrome que lleva su nombre. Casi 100 años después, en 1941 el radiólogo norteamericano Leo George Rigler publicó los hallazgos radiológicos más frecuentes en esta patología, conocidos posteriormente como triada de Rigler: distensión de asas intestinales, neumobilia, lito intraluminal ^{3,6}.

Es una patología poco frecuente que representa del 0,5-4 % de las obstrucciones intestinales pero incrementa a un 25 % en los pacientes mayores de 65 años de edad ^{1,2,4,7,8}. Com-

plica el 0,3-0,5 % de las coledocistitis y se presenta en el 1 al 15 % de las fístulas biliodigestivas ^{1,2,4,9}.

Debido a la poca especificidad en los hallazgos clínicos y los estudios complementarios es difícil establecer su diagnóstico, por lo que presenta un alto índice de complicaciones y una mortalidad que se encuentra entre el 12-27 %, lo cual está relacionado con la edad mayor de los pacientes, las patologías asociadas, el ingreso hospitalario tardío y el retraso terapéutico ^{1,8,10}.

A pesar de los estudios realizados a nivel mundial sobre el tema y los avances científico técnicos en las últimas décadas, continua siendo un reto su diagnóstico precoz, el cual es realizado en más del 50 % de los casos durante el transoperatorio ⁴, lo cual está dado por la poca especificidad de los síntomas y su escasa frecuencia de presentación. Es importante tener un elevado índice de sospecha de esta entidad que nos guíe al diagnóstico correcto y tratamiento oportuno.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente femenina de 69 años de edad, color de la piel blanca, con antecedentes patológicos personales de Hipertensión Arterial Esencial y Cardiopatía Isquémica, controladas con tratamiento regular, sin antecedentes patológicos familiares ni hábitos tóxicos, de procedencia urbana, sin vinculación laboral, que acude a urgencias tras presentar un cuadro de dolor abdominal de 5 días de evolución, intermitente, de gran intensidad, de forma generalizada en todo el abdomen, sin mejoría ni alivio tras medidas analgésicas, acompañado de distensión abdominal, sensación de sed permanente, diuresis escasa y no expulsión de heces ni gases durante las últimas 48 horas.

 OPEN ACCESS

©Zayda María Tamayo Rodríguez Correo electrónico: zaydat97@nauta.cu

Publicado: 26/04/2021

Recibido: 01/06/2020; **Aceptado:** 03/07/2020

Como citar este artículo:

Tamayo Rodríguez ZM, Pérez Páez T. Íleo biliar. Informe de caso. 16 de Abril (Internet). 2021 (citado el día del mes del año); 60 (280): 942. Disponible en: http://www.rev16deabril.sld.cu/index.php/16_04/article/view/942

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflicto de intereses

Al examen físico presentaba mucosas secas con coloración normal; abdomen marcadamente distendido, doloroso en forma generalizada, que seguía con dificultad los movimientos respiratorios, doloroso a la palpación profunda en forma difusa, timpanismo abdominal y ruidos hidroaéreos aumentados a la auscultación, al tacto rectal se encontró la ampolla rectal vacía. Los signos vitales fueron frecuencia cardíaca: 110 pulsaciones por minuto, tensión arterial: 150/90 mmHg, frecuencia respiratoria: 23 respiraciones por minuto, temperatura: 37 °C. Resto del examen sin alteraciones.

Luego de ser examinada se realizaron los complementarios de urgencia. Los resultados de los estudios del laboratorio clínico fueron: hematocrito: 0.45; leucocitos: 13mil células por mm³ a predominio polimorfonuclear en un 87%; ionograma y gasometría y coagulograma mínimo: dentro de los límites normales. En el Rayos X de abdomen simple de pie y acostado se observaron niveles hidroaéreos dispuestos en escalera, con distensión marcada de asas delgadas y edema interasas; y en el ultrasonido abdominal la vesícula con imágenes pequeñas de litiasis y barro biliar, sin otras alteraciones.

Teniendo en cuenta la edad de la paciente, los datos obtenidos al examen físico y los resultados de los estudios complementarios se realiza el diagnóstico presuntivo de oclusión intestinal mecánica de posible etiología tumoral. Se decide su ingreso inmediato en la sala de observación de Cirugía donde se aplican medidas generales y descompresivas, y se mantiene bajo vigilancia estricta. Pasadas cuatro horas, al no mostrar mejoría clínica se decide realizar intervención quirúrgica urgente previo anuncio.

Se le realiza una laparotomía exploradora y se revisa cavidad peritoneal, donde se identifica gran dilatación de asas delgadas, y se palpa un lito de aproximadamente cuatro centímetros impactado en válvula ileocecal, figura 1, además de un plastrón vesicular con una fístula colecistogástrica. En este momento se realiza el diagnóstico transoperatorio de Íleo biliar. Se realiza desimpactación del lito y su ordeñamiento proximal hasta aproximadamente 10 cm del lugar de impactación donde se realiza enterotomía longitudinal para extracción del mismo, figuras 2A y B. Se examina el resto del intestino delgado sin encontrar otros litos. Se realiza rafia transversal en dos planos de la pared intestinal. No se realizan maniobras quirúrgicas sobre la vesícula biliar ni sobre la fístula. La paciente es extubada al término de la cirugía sin complicaciones.

Durante el posoperatorio fue necesario traqueostomizar a la paciente a causa de intubación prolongada, complicándose con dificultad respiratoria por neumonía adquirida en sala de terapia intermedia. La paciente fallece al cabo de los 17 días del posoperatorio a causa de un infarto agudo del miocardio.



Fig.1. Imagen transoperatoria donde se observa lito intraluminal.

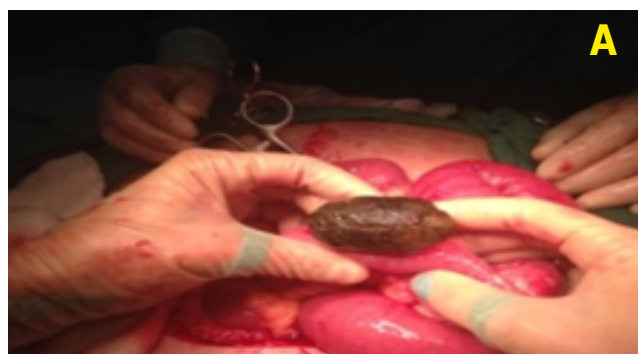


Fig.2. Enterotomía con extracción de lito. A. Incisión en borde antimesentérico de asa intestinal; B. Extracción del lito.

DISCUSIÓN

El íleo biliar suele desarrollarse en pacientes con antecedentes de enfermedad biliar en el 25-75% de los casos, pero se han reportado pacientes sin historia de patología biliar o incluso colecistectomizados^{5,8,11}. En el caso de nuestra paciente no existían tales antecedentes. Se trataba de una mujer de edad avanzada con comorbilidades, y con sintomatología poco específica sugerente de oclusión intestinal, lo cual coincide con lo reportado en la literatura mundial^{4,8,10,12}.

La sospecha clínica debe estar presente ante aquellos pacientes de edad avanzada que presentan antecedentes de coledoclitiasis, signos clínicos de colecistitis aguda y aparición repentina de obstrucción

intestinal, lo cual se conoce como triada de Mordor ^{1,2,9,12}.

El dolor abdominal, tipo cólico se presenta de manera intermitente, motivo por el cual los pacientes demoran entre 3 a 8 días antes de acudir al servicio de urgencias ^{4,13}.

Ante un caso de obstrucción intestinal mecánica de etiología no precisada se deben tener en cuenta diferentes patologías. En el caso se descartó la oclusión secundaria a bridas o adherencias posoperatorias ya que la paciente no presentaba antecedentes de cirugía previa; igualmente se descartó la presencia de hernia de la pared abdominal complicada, y teniendo en cuenta la edad de la paciente y la poca especificidad del cuadro presentado y de los resultados de los exámenes complementarios se tomó como diagnóstico presuntivo oclusión secundaria a tumor de colon. El diagnóstico de íleo biliar fue realizado durante el transoperatorio.

Las radiografías de abdomen simple anteroposterior en posición supino y de pie tienen una sensibilidad del diagnóstico del 40-70% ¹. El criterio diagnóstico imagenológico para el íleo biliar se denomina triada de Rigler la cual es patognomónica de esta entidad y consiste en la presencia de cálculos radiopacos dentro del lumen intestinal, neumobilia y distensión de asas intestinales ^{1,5,6,14}; aunque esta sólo se presenta en menos del 50% de los casos ^{6,11}. En las radiografías sólo fue visible la distensión de asas delgadas. Los cálculos solo son visibles en menos del 10% de los casos ya que no contienen suficiente calcio para ser radiopacos, además por la superposición de gas y la presencia de las estructuras óseas ^{1,9,14}. La presencia de neumobilia se denomina signo de Gotta-Mentschler y por sí sola no es patognomónica de esta patología, ya que puede ocurrir después de los procedimientos de la vesícula biliar quirúrgicos o endoscópicos y en los casos de incompetencia del esfínter de Oddi ^{1,2,14}. El ultrasonido abdominal aporta datos sobre la vesícula y la vía biliar. Se puede observar la presencia de colelitiasis residual, coledocolitiasis, una fístula enterobiliar, la litiasis impactada en algún punto del intestino y aerobilia. Este método complementario no es muy útil para el diagnóstico de esta patología ya que posee baja sensibilidad debido a la interposición de gas ^{1,5,12,13}.

Muchos autores coinciden en que la TAC simple y contrastada de abdomen es el patrón de oro para el diagnóstico del íleo biliar ya que alcanza una sensibilidad superior al 90% ^{1,2,4,10,12,14}. La TAC ha revolucionado el enfoque diagnóstico de esta patología ya que proporciona una mejor evaluación de las litiasis impactadas en el lumen intestinal, además identifica de forma más sencilla y con mayor frecuencia la triada de Rigler, permite visualizar la fístula bilioentérica, la presencia de neumocolecisto y niveles hidroaéreos; además pueden descartarse otras cau-

sas y la presencia de complicaciones ^{5,12}. Tuvimos la limitación de no poder realizarle la TAC de abdomen de urgencia a la paciente, lo cual hubiera esclarecido el diagnóstico.

La fístula encontrada fue colecistogástrica, la cual representa el 5 % de todas las fístulas. Las fístulas que se desarrollan con mayor frecuencia y por tanto las más reportadas en la literatura consultada son las colecistoduodenales en un 60-70 % de los casos ^{1,4,5,9,14}.

El lugar de impactación de la litiasis depende del tamaño de esta y del diámetro de la luz del tubo digestivo. La mayoría de los autores coincide que para que exista obstrucción intestinal el lito debe medir más de 2,5 cm ^{4,9,12}, siendo el íleon terminal el lugar donde con mayor frecuencia se produce el impacto del lito y por tanto la obstrucción intestinal (50-75 %) debido a su pequeño diámetro y pobre peristalsis ⁴.

El tratamiento debe ir encaminado en primera instancia a la corrección de la obstrucción intestinal, pero antes se debe estabilizar al paciente y controlar las enfermedades concomitantes ^{2,5}. Aún no existe un consenso uniforme sobre la mejor resolución quirúrgica del íleo biliar ^{4,12,15}, para lo cual existen 3 opciones: 1. enterolitotomía sola; 2. procedimiento en una etapa (enterolitotomía, colecistectomía y cierre de la fístula); 3. procedimiento en dos etapas (enterolitotomía sola y colecistectomía más cierre de la fístula en una segunda etapa) ^{3,4,16}.

Gran parte de los autores recomienda de primera instancia la resolución de la obstrucción por medio de enterotomía, ya que de realizar en la misma cirugía la corrección de la fístula con colecistectomía, el tiempo quirúrgico aumenta y por lo general son pacientes de edad avanzada con múltiples comorbilidades, que son muy lábiles al tiempo anestésico ^{3,9,10}. Mientras que otros autores refieren que con los cuidados pre y posoperatorios adecuados, el tratamiento quirúrgico en un solo tiempo puede realizarse en forma segura, para lo cual deberán considerarse los factores de comorbilidad del paciente y el grado de disección necesaria, concluyendo que este procedimiento debe ser considerado en pacientes de bajo riesgo ^{6,16}.

Se consideró la enterotomía con extracción del lito como mejor opción de tratamiento inicial para la paciente y dejar para un segundo tiempo el cierre de la fístula, debido a su edad y estado general, ya que no toleraría un tiempo quirúrgico prolongado. El segundo tiempo de la operación no fue posible realizarlo debido a que la paciente fallece de un Infarto Agudo del Miocardio en la terapia intermedia.

CONCLUSIONES

El íleo biliar es una urgencia de difícil diagnóstico con un alto riesgo de muerte por lo que es importante tener los conocimientos necesarios para lograr

su correcta identificación y tratamiento oportuno. Es necesario tener un alto índice de sospecha ya que ésta representa un pilar fundamental para su diagnóstico precoz. Debido a su baja incidencia, no existe un consenso que pautе el manejo a seguir en pacientes con diagnóstico de íleo biliar. Si bien se sabe que el tratamiento estándar es la resolución quirúrgica, hay diversas opiniones en cuanto al procedimiento a realizar, por lo que se debe tener en cuenta la edad del paciente, su estado previo de salud y la situación actual del mismo; siempre previa realización de medidas de soporte básico.

AUTORÍA

ZTR: concepción y diseño del trabajo; adquisición, análisis e interpretación de los datos; diseño y revisión crítica de partes importantes del contenido intelectual.

TPP: concepción y diseño del trabajo. Ambos aprobaron la versión final del manuscrito.

AGRADECIMIENTOS

Dra. Dulce María Moreno Arévalo. Especialista en Primer Grado en Cirugía General. Profesor Instructor. Dr. Andrés Naranjo Ulla. Especialista en Primer Grado en MGI. Residente de tercer año de Cirugía General.

FINANCIACIÓN

Los autores no recibieron financiación para el desarrollo de la presentación de caso.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ploneda CF, Gallo M, Rinchon C, Navarro E, Bautista CA, de la Cerda LF, et al. El íleo biliar: una revisión de la literatura médica. *Rev Gastroenterol Mex.* [Internet] 2017 [citado 10/01/2020]; 82(3):248-254. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.rgmx.2016.07.006>
- Salazar MI, Alvarado J, Fermín MR, Rivero F, Lupian A, Herrera A. Íleo biliar, revisión del manejo quirúrgico. *Cir Cir.* [Internet] 2018 [citado 22/05/2020]; 86:182-186. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.24875/CIRU.M18000032>
- Najah H, Trésallet C. Cirugía de las oclusiones agudas del intestino delgado en el adulto. *EMC-Técnicas quirúrgicas- Aparato Digestivo.* [Internet] 2019 [citado 22/05/2020]; 35(4):1-22. Disponible en: [http://dx.doi.org/10.1016/S1282-9129\(19\)42985-1](http://dx.doi.org/10.1016/S1282-9129(19)42985-1)
- Aguilar F, Gálvez JL, Falfán J, Guerrero GA, Vargas F. Sangrado del tubo digestivo y delirium, retos en el diagnóstico de íleo biliar: reporte de un caso y revisión de bibliografía. *Cir Cir.* [Internet] 2017 [citado 22/05/2020]; 85(1):5-57. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.circir.2016.11.003>
- López B, Tercero M, Padilla F, Baeysens E. Síndrome de Bouveret. Íleo biliar. *RMJ.* [Internet] 2015 [citado 22/05/2020]; 5:33-36. Disponible en: <https://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/ch-jaen/files/pdf/1427882305.pdf>
- Martín J, Delgado L, Bravo A, Burillo G, Martínez A, Alarcó A et al. El íleo biliar como causa de abdomen agudo. Importancia del diagnóstico precoz para el tratamiento quirúrgico. *Cir Esp.* [Internet] 2013 [citado 22/05/2020]; 91(8):485-489. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ciresp.201.01.021>
- Jiménez GP. Abdomen agudo obstructivo secundario a íleo biliar. [Tesis]. Ambato; Universidad Técnica de Ambato; [Internet] 2018 [citado 22/05/2020]. Disponible en: <http://repositorio.uta.edu.ec/jspui/handle/123456789/27923>
- Kreve F, Takada J, Gatto J, Loss FS, Artifon EL. Biliary ileus: case report. *Rev Gastroenterol Peru.* [Internet] 2017 [citado 22/05/2020]; 7(2):173-176. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1022-51292017000200012&lng=es
- Soliva D, Belda I, Vicente JA, Val E, Calero I. Íleo biliar. *Rev Argent Radiol.* [Internet] 2018 [citado 22/05/2020]; 82:88-90. Disponible en: <https://doi.org/10.1055/s-0038-1639489>
- Marengo B, López JA, Tallón L, López J, Oliva F. Íleo biliar colónico: una rara causa de obstrucción intestinal. *Cir Cir.* [Internet] 2017 [citado 22/05/2020]; 85(5):440-443. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.circir.2016.05.06>
- Hurtado YV, Agudelo H, Merchán AM. Íleo biliar en adulto joven. Reporte de un caso y revisión de literatura. *Univ Salud.* [Internet] 2020 [citado 22/05/2020]; 22(1):96-101. Disponible en: <http://goi.org/10.22267/rus.202201.180>
- Salamea JJ, Salamea PA. Íleo biliar, reporte de caso clínico. *Rev Fac Cienc Med Univ Cuenca.* [Internet] 2017 [citado 22/05/2020]; 35(1):85-89. Disponible en: <https://publicaciones.uncuenca.edu.ec/ojs/index.php/medicina/article/view/1243>
- Chang L, Chang M, Chang HM, Chang AI, Chang F. Clinical and radiological diagnosis of gallstone ileus: a mini review. *Emerg Radiol.* [Internet] 2018 [citado 22/05/2020]; 25:189-196. Disponible en: <http://doi.org/10.1007/s10140-017-1568-5>
- Toh JW, Balasuriya H, Steward P. An unusual cause of large-bowel obstruction: cholecystocolonic fistula and gallstone ileus. *Clin Gastroenterol and Hepatol.* [Internet] 2016 [citado 22/05/2020]; 14:107-108. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.cgh.2016.03.028>
- Ramírez JR, Rentería E, Delano R, Valenzuela C. Oclusión intestinal por íleo biliar, tratamiento quirúrgico. *Rev Fac Med UNAM.* [Internet] 2019 [citado 22/05/2020]; 62(3):32-37. Disponible en: <http://doi.org/10.22201/fm.24484865e.2019.62.3.06>
- Ramírez JL, Miranda MC, Boza JA. Íleo biliar, resolución quirúrgica en un solo tiempo: evolución posoperatoria. Reporte de caso. *Rev Med Univ Costa Rica.* [Internet] 2017 [citado 22/05/2020]; 11(2):45-52. Disponible en: <http://10.15517/rmucr.v11i2.34578>

Biliary ileus. Case report

ABSTRACT

Introduction: biliary ileus is infrequent cause of bowel obstruction due to the passage of gallstones through a fistula. It is a complication of gallstones, and represents 0,3 to 0,5 % of cases. It's frequent in old women with comorbidities and antecedents of biliary disease, and is an undefined bowel obstruction. **Case report:** the present case is about a 69 year-old female, patient complaining of intense and generalized abdominal pain, abdominal distention and constipation. The poor specificity of its symptoms didn't make possible the early diagnosis, which was done during surgery. **Conclusions:** biliary ileus is an emergency with complicated diagnosis and poor frequency of presentation; it retards the surgical management and increases the risk of death and the stay in hospital. For that reasons is important to know its characteristics for correct identification and opportune treatment.

Keywords: Biliary ileus; Cholelithiasis; Biliary fistula; Intestinal obstruction



Este artículo de Revista 16 de Abril está bajo una licencia Creative Commons Atribución-No Comercial 4.0. Esta licencia permite el uso, distribución y reproducción del artículo en cualquier medio, siempre y cuando se otorgue el crédito correspondiente al autor del artículo y al medio en que se publica, en este caso, Revista 16 de Abril.