

Revisión del tratamiento quirúrgico del íleo biliar

Zayda María Tamayo Rodríguez 

Universidad de Ciencias Médicas de La Habana. Facultad de Ciencias Médicas "General Calixto García". La Habana, Cuba.

RESUMEN

Introducción: el íleo biliar es causa poco frecuente de obstrucción intestinal. Es una urgencia de difícil diagnóstico debido a su escasa incidencia y la poca especificidad de sus manifestaciones clínicas. **Objetivo:** describir el tratamiento quirúrgico del íleo biliar. **Método:** se emplearon las bases de datos PubMed/MEDLINE, SciELO, Science Direct, y el buscador Google Scholar, y se utilizaron las palabras clave en español: ileus, coledocitis, obstrucción intestinal, fístula; y en inglés: ileus; cholelithiasis; fistula; intestinal obstruction. Luego de analizar las publicaciones obtenidas se seleccionaron 29 referencias bibliográficas, de las cuales el 70 % fue de los últimos cinco años. **Desarrollo:** el tratamiento del íleo biliar es quirúrgico y su principal objetivo es la resolución de la obstrucción, para lo cual existen tres opciones: enterolitotomía sola; enterolitotomía, colecistectomía y cierre de la fístula; ó enterolitotomía sola y colecistectomía más cierre de la fístula en una segunda etapa. Estas se pueden llevar a cabo a través de la cirugía abierta o convencional, o de la laparoscopia. Debido a la alta morbilidad, procedimientos alternos a la cirugía han sido tomados en cuenta, entre los que se encuentran las técnicas endoscópicas. **Conclusiones:** el tratamiento estándar es la resolución quirúrgica, pero aun no existe un consenso sobre la técnica a emplear. La enterolitotomía sola es el método de elección para pacientes de alto riesgo. El abordaje laparoscópico es una opción válida y segura, pero la cirugía abierta continua siendo la más difundida.

Palabras clave: Colelitis; Fístula; Ileus; Obstrucción intestinal

La coledocitis afecta a millones de personas en todo el mundo desde la antigüedad, sobre todo en países occidentales, donde se diagnostica entre un 10 y 30 % de sus habitantes. Chile representa el país con más alta prevalencia de litiasis vesicular en el mundo. En Estados Unidos se calcula que el 10-15 % de la población adulta padece de la misma. En Cuba se encuentra entre las tres primeras causas de intervenciones quirúrgicas electivas^{1,2,3}.

El íleo biliar constituye una de las complicaciones de esta enfermedad, representando el 0,3-0,5 % de las

mismas, y se define 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^{4,5,6}. Representa del 0,5-4 % de las obstrucciones intestinales, pero incrementa a un 25 % en los pacientes mayores de 65 años de edad^{7,8,9}.

La entidad se describió por primera vez en 1654 por Thomas Bartholin. Luego en 1896 Bouveret describió el síndrome que lleva su nombre en un paciente con oclusión del vaciamiento gástrico por la migración retrógrada de un lito que se impactó en el bulbo duodenal. En 1941 el radiólogo Leo George Rigler publicó los hallazgos radiológicos más frecuentes en esta patología, conocidos hasta la actualidad como triada de Rigler (neumobilia, asas distendidas, cálculo ectópico intraluminal)^{10,11}.

El cuadro clínico se presenta de forma inespecífica. Afecta generalmente a personas de edad avanzada, por lo que la sospecha clínica debe estar presente ante aquellos pacientes que presentan antecedentes de coledocitis, signos clínicos de colecistitis aguda y aparición repentina de obstrucción intestinal, lo cual se conoce como triada de Mordor^{9,12,13}.

Debido a su baja incidencia, no existe un consenso que pauté el manejo a seguir en los pacientes diagnosticados. Es importante conocer a fondo las diferentes



Correspondencia a: Zayda María Tamayo Rodríguez.

Correo electrónico: zaydat97@nauta.cu

Publicado: 27/07/2021

Recibido: 07/08/2020; **Aceptado:** 18/09/2020

Citar como:

Tamayo Rodríguez ZM. Revisión del tratamiento quirúrgico del íleo biliar. 16 de Abril [Internet]. 2021 [fecha de citación]; 60 (281): e991. Disponible en: http://www.rev16deabril.sld.cu/index.php/16_4/article/view/991

Conflicto de intereses

Los autores no declaran ningún conflicto de intereses.

opciones terapéuticas para brindar un tratamiento óptimo e individualizado, por lo que se decidió realizar una revisión sobre el tema con el objetivo de describir el tratamiento quirúrgico del íleo biliar.

MÉTODO

Se realizó una revisión bibliográfica del tema utilizando artículos en inglés y español de revistas nacionales e internacionales publicados entre los años 2010-2020 para lo cual se emplearon las bases de datos PubMed/MEDLINE, SciELO, Science Direct, y el buscador Google Scholar, utilizando las palabras clave en el idioma español: ileus, coledocitis, obstrucción intestinal, fístula biliar; y en inglés: ileus; cholelithiasis; biliary fistula; intestinal obstruction.

Se examinaron los resúmenes para evaluar las relevancias con respecto al tema, obteniendo los artículos a texto completo apropiados. La bibliografía de todas las publicaciones fue revisada manualmente y se seleccionaron otras que fueron pasadas por alto en las búsquedas en las bases de datos, por lo que se incluyeron tres artículos cuya fecha de publicación es anterior al periodo de búsqueda utilizado. Luego de analizar las publicaciones obtenidas, se les aplicó como criterio de selección, artículos completos que se refirieran a la coledocitis y al íleo biliar y permitieran arribar a conclusiones generales sobre el tratamiento, por lo que se seleccionaron en total 29 referencias bibliográficas, de las cuales el 70 % fue de los últimos cinco años.

DESARROLLO

El íleo biliar es el resultado del paso de los litos desde las vías biliares hacia el tubo digestivo y su posterior impacto en cualquier segmento del mismo. Este paso sucede en la mayoría de los casos a través de una fístula que comunica a ambos tractos^{4,14}, la cual es producto del intenso proceso inflamatorio crónico vesicular que produce adherencias a vísceras adyacentes, y posterior a ello la presión ejercida por el cálculo biliar produce necrosis de la pared vesicular, erosionándola y creando la comunicación bilioentérica⁷.

Las fístulas que se desarrollan con mayor frecuencia y las más reportadas en la literatura consultada son las colecistoduodenales en un 60-70 % de los casos^{4,7,9}, y el lugar donde con mayor frecuencia se produce el impacto del lito y por tanto la obstrucción intestinal es íleon terminal (50-75 %) debido a su pequeño diámetro y pobre peristalsis^{7,13,15}.

El tratamiento del íleo biliar es quirúrgico, para lo cual se emplean la laparotomía, o se utilizan técnicas mínimamente invasivas. 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^{6,14}.

Aún no existe un consenso uniforme sobre la mejor resolución quirúrgica del íleo biliar^{13,16}, para lo cual existen tres opciones: enterolitotomía sola; procedimiento en una etapa (enterolitotomía, colecistectomía y cierre de la fístula); procedimiento en dos etapas (enterolitotomía sola y colecistectomía mas cierre de la fístula en una segunda etapa)^{7,17,18}.

La enterolitotomía es la extracción del cálculo a través de una enterotomía, la cual se realiza de forma longitudinal en el borde antimesentérico del asa^{9,12}. Esta se debe realizar previo ordeñamiento proximal del lito desde el área debilitada por la obstrucción (a 10-15 cm). Autores no recomiendan el ordeñamiento del cálculo biliar hacia el colon debido a que se asocia con lesión de la mucosa y rotura de la serosa, la cual puede pasar inadvertida¹⁴.

Cuando esto no es posible debido a una fuerte impactación del mismo que impide su movilización, la enterotomía debe ser realizada a la altura del mismo^{14,17}. En presencia de un asa de vitalidad cuestionable, de perforación o estenosis del intestino subyacente, no se debe dudar en realizar resección y anastomosis¹⁷. Es necesario palpar todo el intestino delgado en búsqueda de otros cálculos ya que entre el 3 y el 44 % de los pacientes presentan múltiples litos⁹, los cuales se extraerán por la misma enterotomía^{14,17}.

En el caso del Síndrome de Bouveret, el cálculo en el duodeno de ser posible se debe desplazar al estómago para luego realizar la extracción a través de una gastrotomía y efectuar el cierre o la reparación sobre un tejido sano. En los pacientes en los que esta maniobra no es posible, se deberá realizar una duodenotomía, poniendo especial énfasis en el cierre para evitar la estenosis¹⁹.

La mayoría de los autores recomiendan 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^{9,12,20}.

Por otro lado, se alega 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. También la recomiendan en pacientes con colecistitis aguda, colecistitis gangrenosa y coledocitis residual^{12,21}.

Otra cuestión en controversia es la cirugía electiva posterior para la realización de colecistectomía y cierre de la fístula en los casos que inicialmente se realizó una enterotomía sola. Los defensores de este segundo tiempo en la operación refieren que la cirugía se debe realizar para evitar las complicaciones que se presentan cuando la fístula bilioentérica no se resuel-

ve, entre las que se incluyen recurrencia de íleo biliar, carcinoma de la vesícula biliar, colangitis o colecistitis (secundaria a la persistencia de una fistula que comunique una luz intestinal contaminada con una luz biliar por lo regular estéril), síndrome de mala absorción y pérdida de peso^{7,19}.

Los que se oponen defienden el hecho de que si el paciente no presenta estas complicaciones, no es necesaria la cirugía ya que en el 50 % de los casos las fistulas bilioentéricas tienden a cerrar espontáneamente, especialmente si el conducto cístico está permeable o no hay cálculos residuales^{9,19,20}.

Por otra parte, la colecistectomía no protege a todos los pacientes de íleo biliar recurrente ya que cálculos en el colédoco pueden migrar distalmente y producir obstrucción intestinal, al igual que los cálculos dentro del intestino que pasaron inadvertido durante la cirugía previa¹⁹.

No hay consenso de tiempo entre la primera etapa y la segunda del procedimiento pues abarca desde cuatro semanas hasta los seis meses²².

Si bien el tratamiento quirúrgico en una sola fase conlleva mayor mortalidad, el tratamiento en dos fases no está exento de complicaciones, entre las que se destaca el íleo biliar recurrente²³.

En una revisión de 1 001 casos de Reisner et al²⁴ mostraron una recurrencia de íleo biliar del 5 %, de las cuales el 57 % ocurrieron en los seis meses posteriores a la primera cirugía.

Los autores demostraron que en la mayoría de los casos los cálculos pasaban espontáneamente sin consecuencias clínicas. Llegaron a la conclusión de que la enterolitotomía sola es el procedimiento de elección para pacientes con comorbilidad importante²³. Opinión que es apoyada por Kreve et al²⁰.

Con los avances tecnológicos se ha difundido cada vez más el uso de cirugía laparoscópica, tanto para la enterotomía como para el cierre de la fístula. Esta presenta como ventajas el menor tiempo de recuperación, una estadía hospitalaria más corta y menor número de complicaciones, aunque por otro lado, se requiere de cirujanos entrenados, además de que las dificultades de exposición debido a una distensión intestinal significativa o en caso de necrosis o perforación intestinal conducen en conversión a laparotomía^{4,12,17}.

Los autores Berger et al⁸, Álvarez et al¹⁹, Ríos et al²⁵ e Inukai et al²⁶ demostraron en sus estudios que la resolución laparoscópica del íleo biliar es una técnica factible y eficaz.

Debido a la alta morbimortalidad, procedimientos alternos a la cirugía han sido tomados en cuenta,

pero esto depende del lugar de la obstrucción. Se ha empleado la endoscopia alta para la extracción del lito a los pacientes que presentan Síndrome de Bouveret o la colonoscopia a los pacientes con íleo colónico^{6,19}.

También existe la posibilidad de litotricia endoscópica electrohidráulica o con láser para fragmentar el cálculo y proceder a su extracción o la litotricia extracorpórea con ondas de choque, alternativas que se utilizan en aquellos pacientes que no son candidatos a manejo quirúrgico y con cálculos que son endoscópicamente accesibles^{9,19,27,28}.

Otro método descrito es la esfinterotomía para lograr el paso del lito al tracto gastrointestinal⁶, sin embargo, una complicación potencial de los métodos endoscópicos es la posibilidad de impacto distal de los fragmentos del lito²⁹.

Las complicaciones postquirúrgicas más frecuentes descritas en la literatura son infección de la herida, falla renal aguda, infección de las vías urinarias, y histeria de la herida quirúrgica^{18,28}.

CONCLUSIONES

El tratamiento estándar del íleo biliar es la resolución quirúrgica, pero aun no existe un consenso sobre la técnica a emplear. La enterolitotomía sola es el método de elección para pacientes de alto riesgo. El abordaje laparoscópico es una opción válida y segura, pero la cirugía abierta continúa siendo la más difundida.

AUTORÍA

ZTR: conceptualización, análisis formal, investigación, metodología, administración del proyecto, supervisión, visualización, validación y verificación, redacción, revisión y edición.

FINANCIACIÓN

Los autores no recibieron financiación para el desarrollo del presente artículo.

AGRADECIMIENTOS

Dra. Dulce María Moreno Arévalo. Especialista en Primer Grado en Cirugía General. Profesor Instructor. Hospital Universitario General Calixto García.

Dr. Andrés Naranjo Ulla. Especialista en Primer Grado en MGI. Residente de cuarto año de Cirugía General. Hospital Universitario General Calixto García.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Loja Aguilar JN. Litiasis vesicular, factores de riesgo y asociados en pacientes de 18 a 50 años de edad en el Hospital General Doctor Liborio Panha Sotomayor en el año 2014 al 2015. [Tesis] Guayaquil: Universidad de Guayaquil. Facultad de Ciencias Médicas. [Internet]. 2017 [citado 22/05/2020]. Disponi-

- ble en <http://repositorio.ug.edu.ec/handle/redug/32293>
2. Machain Vaga G, Yamanaka W, López G, Martínez MM, González Miltos M. Prevalencia de la litiasis biliar en personas concurrentes al Hospital de Clínicas. *Cir Parag*. [Internet]. 2017 [citado 22/05/2020]; 41(2):21-24. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.18004/sopaci.agosto.21-4>
 3. Ploneda Valencia CF, Gallo Morales M, Rinchon C, Navarro Muñoz E, Bautista Lopez CA, et al. El íleo biliar: una revisión de la literatura médica. *Rev Gastroenterol Mex*. [Internet] 2017 [citado 20/01/2020]; 82(3):248-254. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.rgm.2016.07.006>
 4. Morosin T, De Robles MB, Putnis S. Gallstone Ileus: An Unusual Case of Intestinal Obstruction. *Cureus*. [Internet] 2020 [citado 22/05/2020]; 12(3):1-7. Disponible en: <https://www.cureus.com/articles/28732-gallstone-ileus-an-unusual-cause-of-intestinal-obstruction>
 5. Mondragón Sánchez A, Bertrones Stringel G, Tort Martínez A, Soberantes Fernández C, Domínguez Camacho L, Mondragón Sánchez R. Catorce años de experiencia en el manejo quirúrgico del íleo biliar. *Rev Gastroenterol Mex*. [Internet]. 2005 [citado 22/05/2020]; 70(1):44-49. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/gastro/ge-2005/ge051g.pdf>
 6. Ortega Espinoza K, Quiroz Layme S. Factores de riesgo asociados a colelitiasis en pacientes atendidos en el servicio de Cirugía del Hospital Regional Zacarías Correa Valdivia 2018. [Tesis]. Huancavelica: Universidad Nacional de Huancavelica. [Internet] 2018. [citado 22/05/2020]. Disponible en: <http://repositorio.unh.edu.pe/handle/UNH/2134>
 7. Aguilar Espinosa F, Gálvez Romero JL, Falfán Moreno J, Guerrero Martínez GA, Vargas Solís 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 20/01/2020]; 85(1):5-57. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.circir.2016.11.003>
 8. Berger F, Rojas C, Iñiguez JI, Santamaría P. Íleo biliar resuelto por laparoscopia. Reporte de un caso. *Rev Chil Cir*. [Internet]. 2005 [citado 22/05/2020]; 57(6):511-514. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=345531914013>
 9. Jiménez Espín 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>
 10. Aslan RS, Kara E, Pekindil G. Gallstone ileus: a rare surgical emergency. *Gastroenterol Hepatol*. [Internet] 2018 [citado 22/05/2020]; 9(5):220-222. Disponible en: <http://10.15406/ghoa.2018.09.00330>
 11. Halabi WJ, Kang CY, Ketana NBS, Lafaro KJ, Nguyen VQ, Stamos MJ, et al. Cirugía para el íleo biliar. *Ann Surg*. [Internet] 2014 [citado 22/05/2020]; 259(2):329-335. Disponible en: <https://www.intra-med.net/contenidover.asp?contenidoid=83237#>
 12. Sánchez García M, Tomouí IG, Reina escobar D, Delgado casado JA. Carta infrecuente de obstrucción intestinal. *Semergen*. [Internet] 2015 [citado 22/05/2020]; 41(4):18-20. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.semereg.2014.06.002>
 13. Hurtado YV, Agudelo H, Merchán Galvis 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: <https://revistas.udenar.edu.co/index.php/usalud/article/download/4314/5739/>
 14. Salazar Jiménez MI, Alvarado Durán J, Fermín Contreras MR, Rivero Yáñez F, Lupian Angulo A, Herrera González 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>
 15. 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>
 16. 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>
 17. 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)
 18. Ramírez Nava JR, Rentería Palomo E, Delano-Alonso R, Valenzuela Salazar 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>
 19. Álvarez Chica LF, Bejarano Cuellar W, Rojas Cardozo OL. Íleo biliar y síndrome de Bouveret. Lo mismo pero distinto: Descripción de dos casos y revisión de literatura. *Rev Col Gastroenterol*. [Internet] 2010 [citado 20/01/2020]; 25(1):86-Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/3377/337731595017.pdf>
 20. Kreve F, Takada J, Gatto J, Loss FS, Artifon EL. Biliary ileus: case report. *Rev Gastroenterol Peru*. [Internet] 2017 [citado 20/01/2020]; 7(2):173-176. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1022-51292017000200012&lng=es
 21. Ramírez chacón JL, Miranda Castañeda MC, Boza Mora JA. Íleo biliar, resolución quirúrgica en un solo tiempo: evolución posope-

ratoria. Reporte de caso. Rev Med Univ Costa Rica. [Internet] 2017 [citado 22/05/2020]; 11(2):45-52. Disponible en: <https://revistas.ucr.ac.cr/index.php/medica/article/view/34578>

22. Acosta Brunaga LD, Caañas Adorno SA, Rojas Villareal HH, Escandriolo Peña VA. Obstrucción colónica por cálculo. Rev Del Nacional. [Internet] 2017 [citado 22/05/2020]; 9(2):92-103. Disponible en: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-884666>

23. Martín Pérez J, Delgado Plasencia L, Bravo Gutiérrez A, Burillo Putze G, Martínez Riera A, Alarcó Hernández 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: <https://www.elsevier.es/es-revista-cirugia-espanola-36-articulo-el-ileo-biliar-como-causa-S0009739X13001395>

24. Reisner RM, Cohen JR. Gallstone ileus: a review of 1 001 cases. Ann Surg. [Internet] 1994 [citado 22/05/2020]; 60(6):441-446. Disponible en: <https://europepmc.org/article/med/8198337>

25. Ríos A, Boulín F, Córdoba MR, Ricci LE, Ferreyra CM, Herrando IA, et al. Tratamiento videoasistido del íleo biliar: una serie de casos. Rev Argen Cirug. [Internet] 2016 [citado 22/05/2020]; 108(2):55-59. Disponible en: <https://revista.aac.org.ar/index.php/RevArgentCirug/article/download/250/480>

26. Inukai K, Tsuji E, Takahima N, Yamamoto M. Laparoscopic two-stage procedure for gallstone ileus. J Min Access Surg. [Internet] 2019 [citado 22/05/2020]; 15:164-166. Disponible en: <http://www.journalofmas.com/text.asp?2019/15/2/164/235406>

27. Noguera Aguilar JF, Moreno Sanz C, Cuadrado García A, Olea Martínez-Mediero JM, Morales Soriano R, Vicens Arbona JC, et al. NOTES. Historia y situación

actual de la cirugía endoscópica por orificios naturales en nuestro país. Cir Esp. [Internet] 2010 [citado 22/05/2020]; 88(4):22-227. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-cirugia-espanola-36-articulo-notes-historia-situacion-actual-cirugia-S0009739X10001934>

28. Sánchez Pérez EA, Álvarez Álvarez S, Madrigal Tellez MA, Gutiérrez Uvalle GE, Ramírez Velásquez JE, Hurtado López LM. Íleo biliar, experiencia en el Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga. Cir Cir. [Internet] 2017 [citado 22/05/2020]; 85(2):114-120. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.circir.2016.05.018>

29. Nuño Guzmán CM, Marín Contreras ME, Figueroa Sánchez M, Corona JL. Gallstone ileus, clinical presentation, diagnostic and treatment approach. World J Gastrointest Surg. [Internet] 2016 [citado 22/05/2020]; 8(1):65-76. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4724589/>

Review of surgical treatment of gallstone ileus

ABSTRACT

Introduction: gallstone ileus is an infrequent cause of bowel obstruction. It is an urgency with a difficult diagnosis and high risk of death because of its low incidence and unspecific clinical manifestations. **Objective:** to describe the surgical treatment of gallstone ileus. **Method:** the following databases were consulted PubMed/MEDLINE, SciELO, ScienceDirect and Google Scholar. Key words such as ileus, cholelithiasis, fistula, and intestinal obstruction were used. After analyzing the obtained data, a total of 29 bibliographic references were selected, 70 % of them corresponded to the last five years. **Development:** the treatment of gallstone ileus is surgical and its main objective is the resolution of bowel obstruction, for which there are three options: enterolithotomy alone; enterolithotomy, cholecystectomy and fistula closure or enterolithotomy alone and cholecystectomy and fistula closure in a second stage. They can be performed through open surgery or laparoscopy. Because of patient's comorbidities and mortality, alternative procedures have been taken into account, for example, endoscopic techniques. **Conclusions:** the standard treatment is the surgical resolution, but there is no consensus about what technique to employ. Enterolithotomy is the election method in high-risk patients. Laparoscopic approach is a valid and safe option, but open surgery keeps being the most diffused.

Keywords: Cholelithiasis; Fistula; Ileus; 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*.