

Íleo biliar. Reporte de un caso y revisión de la literatura

Gustavo E. Beauregard-Ponce,⁽¹⁾ Luz María Rivas-Moreno⁽²⁾

gustavoesteban739@hotmail.com

RESUMEN

Las enfermedades de la vesícula biliar y en especial la litiasis son de las más frecuentes en todo el mundo; de hecho la colecistitis crónica litiásica es la patología quirúrgica programada que se realiza con más frecuencia en todos los hospitales del mundo.¹

Las complicaciones más comunes de la litiasis vesicular son la colecistitis aguda, pancreatitis aguda, colangitis ascendente y gangrena de la vesícula biliar; las menos frecuentes incluyen el síndrome de Mirizzi, fístula biliodigestiva y el íleo biliar.² El íleo biliar es una complicación excepcional de la litiasis biliar, que se presenta como un cuadro de obstrucción intestinal³ y se debe a la existencia de una comunicación anormal entre la vía biliar y el tubo digestivo, siendo la más frecuente la fístula colecistoduodenal, cuya formación pasa generalmente inadvertida, interpretándose el cuadro como un cólico biliar o episodio de colecistitis aguda. Otras veces puede cursar con melena, sobre todo en presencia de erosión de alguna estructura vascular vecina.

Se reporta un caso y se revisa la literatura mundial.

Palabras claves: *Íleo biliar, fístula colecistoduodenal, obstrucción intestinal.*

INTRODUCCIÓN

Las complicaciones más comunes de la litiasis vesicular son la colecistitis aguda, pancreatitis aguda, colangitis ascendente y gangrena de la vesícula biliar; las menos frecuentes incluyen el síndrome de Mirizzi, fístula biliodigestiva e íleo biliar.^{1,2}

El íleo biliar fue descrito inicialmente por Bartholin en 1645 durante una autopsia y Courvosier en 1890 publicó una serie de 131 casos.² Consiste en una comunicación anormal entre la vía biliar y el tubo digestivo, con la consiguiente evacuación del cálculo e impactación distal presentándose como un cuadro de obstrucción intestinal.³ En otras palabras,

el íleo biliar es una obstrucción mecánica del tracto gastrointestinal causada por impactación de uno o más cálculos dentro de la luz intestinal. Estos cálculos emigran del árbol biliar al intestino por el paso natural a través del colédoco y la papila o, más frecuentemente, a través de una fístula biliodigestiva.³

Los sitios de obstrucción reportados por Reisner y Cohen en una revisión de 1001 casos fueron íleon terminal (60%), íleon proximal (24%), yeyuno distal (9%), colon y recto (2 a 4%). De 1 a 3% de los casos ocurre en el duodeno en su parte distal y menos frecuentemente en la porción proximal o el píloro, donde causa obstrucción al vaciamiento gástrico conocido como síndrome de Bouveret.^{4,5,6}

En vista que la mayoría de los pacientes son ancianos, la presencia de enfermedades crónicas concurrentes es común.^{6,7}

El diagnóstico en el preoperatorio es difícil, realizándose en menos del 30% de los casos.^{1,6,8,9}

El objetivo del presente artículo es presentar el caso de un paciente con fístula colecistoduodenal e íleo biliar.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Paciente del sexo masculino de 55 años de edad el cual tiene como antecedentes de importancia: alcoholismo activo desde los 19 años de edad, tabaquismo ocasional y un internamiento previo en el hospital por presentar colecistitis aguda.

Inicia su padecimiento actual dos días previos a su internamiento con dolor abdominal de tipo cólico localizado en epigastrio e hipocondrio derecho y sin irradiaciones, el cual se presenta posterior a la ingesta de alimentos colecistoquinéticos, agregándose posteriormente náuseas y vómitos de contenido gastrobiliar.

A la exploración física con signos vitales: TA: 160/90, FC=

⁽¹⁾ Cirujano General, Hospital de Alta Especialidad "Dr. Juan Graham Casasús," Universidad Juárez Autónoma de Tabasco.

⁽²⁾ Cirujano General, Hospital de Alta Especialidad "Dr. Juan Graham Casasús."

86X', Temperatura=37.8 C, Peso 98Kg, obesidad exógena, consciente, cooperador, con sonda nasogastrica drenando material gastrobiliar, mucosa oral regularmente hidratada, cardiopulmonar sin compromiso.

Abdomen globoso a expensas de panículo adiposo, blando, depresible, doloroso a la palpación media y profunda en epigastrio e hipocondrio derecho, Murhy negativo y no se palpa vesícula biliar. No existen datos de irritación peritoneal y peristálsis presente.

Laboratorio a su ingreso: Hb= 16.7, leucocitosis de 16,700, plaquetas 348000, Sodio 140 mEq/dl, Potasio 4.0 mEq/dl, Bilirrubinas totales 0.6 mg, Bilirrubina directa 0.3 mg/dl, Bilirrubina indirecta 0.3 mg/dl, fosfatasa alcalina 134 U, Albumina 4.3 gr/dl, Glucosa 121 mg/dl, creatinina 1.0 mg/dl. Ultrasonido de hígado y vías biliares con hígado en situación y tamaño normal, colédoco de 5.4 mm, vesícula biliar con un lito en su interior con diámetro de 34 mm. Páncreas normal. Resultado: Colecistitis crónica litiásica.

Se revalora al paciente 8 horas después de su ingreso y se encuentra con sonda nasogástrica drenando abundante material de tipo yeyunal, mucosa oral regularmente hidratada, cardiopulmonar sin alteraciones. Abdomen globoso a expensas de panículo adiposo, doloroso a la palpación superficial y profunda, peristalsis muy disminuida y signos de irritación peritoneal positivos como son signo de rebote +. Resistencia muscular involuntaria.

El laboratorio de control con leucocitosis de 22,300.

La placa simple de abdomen, muestra dilatación importante de asas de intestino delgado, edema interasa y niveles hidroaéreos (Figura 1,2).

FIGURA 1. Placa simple de abdomen en posición de decubito, la cual muestra: dilatación de asas de intestino delgado y edema interasa.



FIGURA 2. Placa simple de abdomen en posición de pie. La cual muestra niveles hidroaéreos y dilatación de asas de intestino.



Por la presencia de datos de irritación peritoneal, el incremento en el número de leucocitos y los hallazgos radiográficos, se decide intervenir quirúrgicamente de urgencia para la realización de laparotomía exploradora.

Hallazgos: Vesícula biliar escleroatrófica de 3 cm con paredes engrosadas adherida firmemente al colon transverso y al duodeno en su primera porción; no se hace evidente el lito reportado por el ultrasonido.

Hay gran distensión de asas de intestino delgado, motivo por el cual se decide revisar todo su trayecto hasta la válvula ileocecal, en donde se palpa un lito enclavado en la misma por lo que se decide realizar enterotomía para la extracción del mismo (Fig. 3,4,5,6). Posteriormente se realiza cierre primario del íleon terminal en dos planos.

Finalmente se realiza colecistectomía simple y se observa una comunicación anormal entre esta y el duodeno motivo por el cual se realiza el cierre primario del duodeno en dos planos.

El diagnóstico postoperatorio fue colecistitis crónica litiásica, fístula colecistoduodenal y obstrucción intestinal secundaria a cálculo de origen biliar.

La evolución clínica postoperatoria fue satisfactoria y el paciente egreso del servicio 6 días después de la intervención quirúrgica.

FIGURA 3. Se observa el Ileón terminal y el ciego.

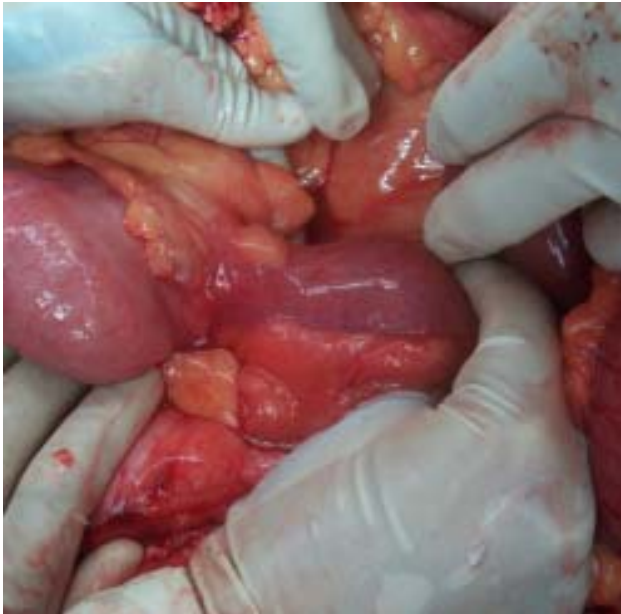


FIGURA 4. Enterotomía. Se observa un lito en el interior del Ileón terminal.

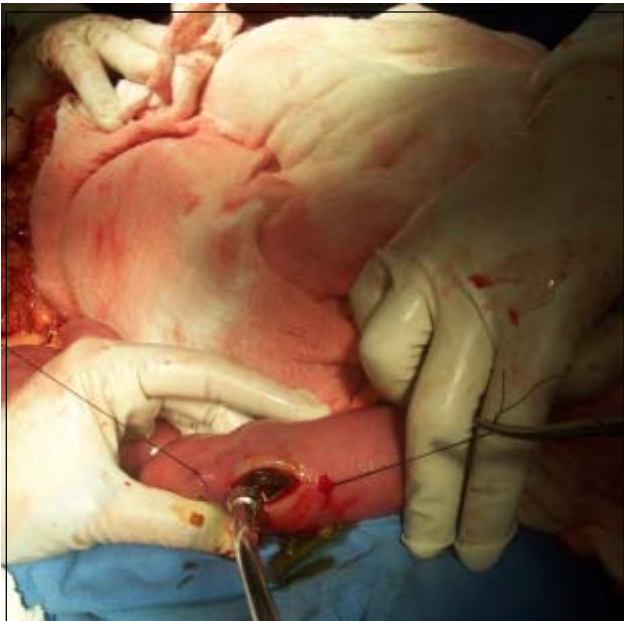
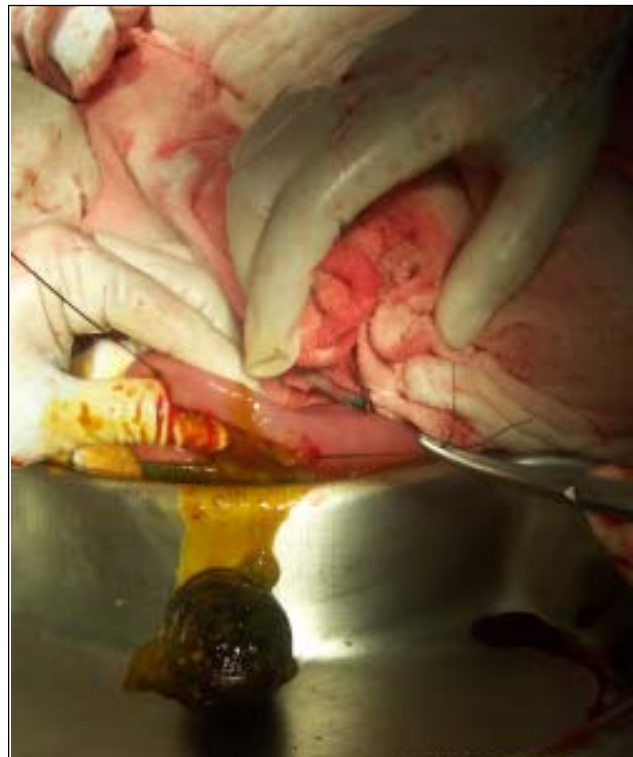


FIGURA 5. Extracción del lito del Ileón Terminal.



FIGURA 6. Lito extraído del Ileon terminal.



DISCUSIÓN

Desde su descripción, el íleo biliar se ha convertido en una entidad de difícil diagnóstico. Actualmente se considera que su nombre es erróneo ya que la obstrucción intestinal mecánica se presenta más frecuentemente en el íleon terminal.¹⁰

El íleo biliar es una enfermedad que se presenta en pacientes de edad avanzada. Muchas series informan un promedio de edad entre 65 y 75 años aunque el promedio es de 72 años.^{6,10} Es más frecuente en el sexo femenino, con una relación mujer-varón 3:1 a 16:1.^{6,8,9}

La condición fundamental para que se presente el íleo biliar es la presencia de una fístula entre la vesícula biliar y el tracto gastrointestinal.

Con frecuencia la colecistitis aguda precede al cuadro de íleo biliar.^{11,12}

Existen antecedentes biliares de larga evolución en 25 a 75% de los casos,^{7,13} pero también se encuentra en pacientes sin historia de enfermedad biliar.¹²

La sintomatología que refiere más frecuentemente el paciente, es el dolor abdominal de tipo cólico localizado en hipocondrio derecho acompañado de náuseas y vómitos de contenido gástrico, que en ocasiones es intermitente.

Sin embargo, el cuadro clínico es insidioso en su inicio, con episodios alternados de remisión y exacerbación de la sintomatología, lo que corresponde a la progresión del lito a lo largo del intestino delgado.^{6,14,15,16}

Los signos radiológicos de íleo biliar fueron descritos por Rigler.^{10,17,18}

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 la vía 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.¹⁹ La presencia de dos de los tres primeros signos es patognomónico de íleo biliar, pero solo se encuentran en 40 a 50% de los casos.

El hallazgo más frecuente encontrado, es la obstrucción intestinal en 70% de los casos, seguido de neumobilia en 54%, y lito de localización anormal en 35%.^{17,20}

En el caso que reportamos no se estableció el diagnóstico en el preoperatorio ya que como se mencionó anteriormente es difícil de realizarlo, sin embargo, se llevó a cabo la laparotomía exploradora resolviéndose en un tiempo quirúrgico el íleo biliar y la fístula colecistoduodenal. La evolución clínica postoperatoria fue satisfactoria, motivo por el cual el paciente egreso al sexto día de la cirugía.

Algunos autores reportan que la cirugía en primera instancia debería de ser en dos tiempos, por tratarse de pacientes con alto riesgo por la edad y enfermedades asociadas, tomando como prioridad la resolución de la obstrucción y posteriormente, en un segundo tiempo en forma electiva realizar la colecistectomía y reparación de la fístula colecistoduodenal.^{21,22}

En un estudio de metaanálisis realizado por Reisner y Cohen en 1994, se analizaron 1001 casos encontrándose que en los pacientes que fueron sometidos solo a una enterolitotomía se presentaba una mortalidad de 11.7% en comparación con aquellos pacientes a los que se les realizó además de la enterolitotomía la resolución de la patología biliar (colecistectomía con reparación de la fístula bilioentérica), cuya mortalidad fue de 16.9%. Sin embargo, estadísticamente no es significativo ($p < 0,17$).⁶

CONCLUSIÓN

Las enfermedades de la vesícula biliar son de las más frecuentes en todo el mundo; de hecho la litiasis de la vesícula biliar es la patología quirúrgica que requiere de intervención quirúrgica programada más común en todos los hospitales del orbe.

Afortunadamente el íleo biliar es una complicación excepcional de la litiasis biliar,³ que se presenta principalmente en ancianos por lo que es necesario hacer el diagnóstico temprano para evitar complicaciones que pueden terminar con la vida del paciente.

REFERENCIAS

1. Abou-Saif A, Al Kawas FH. Complications of gallstone disease: Mirizzi syndrome, Cholecystocholedochal fistula and gallstone ileus. *Am J gastroenterol* 2002;97: 249-254
2. Herrera E de J, Candia RF, Ortega LF. Ileo biliar. Reporte de un caso. *Revista Sanid Milit* 2003;57: 397-401.
3. Rodríguez JL, Codina J, Jirones J, Roig M, Figa F, Acero D. Ileo biliar: resultados del análisis de una serie de 40 casos.

Gastroenterol Hepatol 2001;24: 489-494

4. Bhamra JK, Ogren JW, Lee T, Fisher WE. Bouveret s syndrome. *Surgery* 2002; 132: 104-105.
5. Lubbers H, Malhke R, Lankisch P. Gallstone Ileus: Endoscopic removal of a gallstone obstructing the upper jejunum. *J Int Med* 1999; 246: 593-597.
6. Reisner RM, Cohen JR. Gallstone ileus: a review of 1001 reported cases. *Am Surg* 1994;60: 441-446.
7. Rodríguez JC, Casado F, Fernández M, Morales D, Naranjo A. Cholecystectomy and fistula closure versus enterolithotomy alone in gallstone ileus. *Br J Surg* 1995;84:634-637.
8. Calvien PA, Richon J, Burgan S, et al. Gallstone ileus. *Br J Surg* 1990;77:737-742.
9. Mondragón A, Berrones G, Tort A, Soberanes C, Dominguez L, Mondragón L. catorce años de experiencia en el manejo quirúrgico del íleo biliar. *Rev Gastroenterol Mex* 2005;70:44-49
10. Hirosawa T, Rosas CV, Kimura Y, Velazco CV. Obstrucción intestinal secundaria a íleo biliar. *Rev Gastroenterol Mex* 2002;67:34-38.
11. Salazar L, Rocha GR, Vargas A, De la Fuente L, Obaldia RE, Cordero V.C. Ileo biliar y fístula colecistoduodenal. Informe de un caso. *Cir Ciruj* 2006;74:199-203.
12. Helou B, Gadacz T. gallstone ileus. In: Cameron J. ed. *Current Surgical Therapy*. 8a ed. Philadelphia, USA: Ed Mosby; 2004. p.426-428.
13. Garcia F, Daverio M, Acosta G, Lozano G. Ileo biliar. Cirugía definitiva. *Prensa Médica Argentina* 2000;87: 446-469.
14. Lassandro F, Gagliardi N, Scuderi M, et al. Gallstone ileus analysis of radiological findings in 27 patients. *EJR* 2004;50:23-917.
15. Oikarinen H, Paivansalo M, Tikkakoski T, et al. Radiological findings in biliary fistula and gallstone ileus. *Acta radiol* 1996;37:917-22.
16. Swift SE, Spencer JA. Gallstone ileus: CT findings. *Clin Radiol* 1998;53:451-4.
17. Perry JP, et al. Acquired gastrointestinal fistulas: Classification, etiologies, and imaging evaluation. *Radiology* 2002;224:9-23.
18. Ripolles T, et al. Gallstone ileus:increased diagnostic sensitivity by combining plain film and ultrasound. *Abdomen Imaging* 2001;26:401-405.
19. Mota GA, Ramirez M. Ileo biliar. Lo que el radiólogo debe saber. *Rev Radiología México* 2007;1:43-50
20. Schwartz SI. Principios de cirugía. 7a Ed. Vol 2. D.F., México: Ed McGraw-Hill.Interamericana; 2000. P. 1544-6.
21. Arroyo AD, Costa DJ, Lacuela PJ, Serrano F, Candela I, Perez F, Ferrer R, García R. Hernia inguinal como causa de íleo biliar colónico. *Cirugía española* 2001; 69(05): 517-518.
22. Francisco B, Constanza R, Iñiguez JI. Ileo biliar resuelto por laparoscopia. Reporte de un caso. *Rev. Chilena de Cirugía* 2005; 57 (6): 511-514.