

CIRUGIA

REFLEXION SOBRE EL MANEJO
DEL ILEO BILIAR

Alexander L. Sánchez Cabo*

Saadia Gonzalez Amores**

Dalay Zamora Zamora ***

Enrique Lobo Hernandez****

SUMMARY

The Gallstone Ileus is a mechanical obstruction of gastrointestinal tract caused by the impaction of one or more stones in the intestinal light. The 1-4% of intestinal obstructions in the adult belongs to this cause. Most often time is located at the terminal ileum, proximal ileum, jejunum, sigmoide colon and duodenum. Is associated with a high mortality rate and a very difficult diagnosis, also with comorbidities and controversial treatment for the patient.

Abreviaturas:

TAC: tomografía axial computarizada

US: ultrasonido

TGI: tracto gastrointestinal

SD: síndrome.

FII: fosa iliaca izquierda

B UN: nitrógeno uréico en sangre

Hrs.: radiografía

CORRESPONDENCIA

Alexander Sánchez Cabo

Tel. 3882730

dc,asc@a!yahoo.com

INTRODUCCIÓN

El síndrome obstructivo tiene como etiologías los problemas intrínsecos, extrínsecos, intraluminales y congénitos. Dentro de los intraluminales se encuentra el íleo biliar, enfermedad poco común (4,9). Ésta se define como la oclusión intestinal provocada por la

impactación de un cálculo en su luz, descrita por primera vez por Bartholin en 1654 (3,1,14,10). Constituye el 1-4% de las causas de obstrucción intestinal, siendo mucho más frecuente en los ancianos; el 23- 25% de los casos de obstrucción intestinal por íleo biliar ocurre en los mayores de 65 años (12,3,4,13,11,6,10). Está asociado a una tasa de mortalidad alta, de 12-18.% (15,6). La razón de ello se atribuye a dos factores:

- 1- Alto porcentaje de múltiples comorbilidades.
- 2- Un notorio difícil diagnóstico, lo que lleva a un retraso en el tratamiento con deterioro del estado prequirúrgico (15).

Se presenta como complicación de

* Médico Residente del Servicio de Cirugía General 3, Hospital San Juan de Dios.
 ** Médico General.
 *** Médico General Coopesalud, R.L - Servicio de Emergencias Quirúrgicas Hospital Nacional de Niños.
 **** Médico Jefe de Servicio de Cirugía General 3, Hospital San Juan de Dios.

la colelitiasis que termina fistulizándose al tubo digestivo, la mayoría de las veces como fistulas colecistoduodenales, seguidas en frecuencia por las fistulas colecistocólicas y más raramente coledoco-duodenales, colédoco cólicas y colecistogástricas (3,7,6). El manejo de la fístula biliar y la colecistectomía durante la cirugía o en un segundo tiempo quirúrgico es controversial, sin embargo el procedimiento a elegir depende de las condiciones clínicas del paciente. (4,3). El tratamiento en una sola etapa plantea una conducta más agresiva, pero que a la larga redundará en beneficio para el paciente (3). El apoyo diagnóstico de Laboratorio y gabinete ayudan a reconocer este problema. La placa simple de abdomen es el método inicial, sin embargo pueden considerarse otros como el tránsito intestinal, ultrasonido y TAC (4,10). La obstrucción del íleo biliar se caracteriza por el hallazgo radiológico de neumbilia (presencia de aire en vía biliar) que se considera patognomónico y por la visualización del cálculo enclavado en la luz intestinal. En la actualidad la TAC es considerada como la prueba diagnóstica más específica de la patología abdominal, considerando aisladamente los métodos a nuestro alcance, es sin duda, la que aporta mayor información (7).

CASO CLÍNICO

Masculino de 80 años tabaquista

inactivo, hipertenso y diabético. Acude a Emergencias Quirúrgicas del Hospital San Juan de Dios con tres días de vómitos biliosos y contenido gástrico, asociado a criodiaforesis.

Examen físico: deshidratación, distensión abdominal y dolor en FII sin datos de irritación peritoneal. El tacto rectal revela una próstata: aumentada de tamaño.

Exámenes de laboratorio al ingreso: BUN: 47mg/dl, Leucocitos: 7.230 con 80% neutrófilos y 3 % de bandas, Glicemia: 222 mg/dl y Deshidrogenasa Láctica: 428 UI/ml. El resto de los datos de laboratorio se encontraban normales.

Gabinete: Rx abdomen no evidencia niveles hidroaéreos o neumbilia.

US de abdomen: hígado, vías biliares, páncreas y bazo normales, colelitiasis sin colecistitis aguda, retroperitoneo libre sin adenopatías y aorta ectásica con ateromas. Riñones normales, vejiga llena, pared prominente difusa por esfuerzo, piso levantado por próstata hipertrófica grado III. En hemiabdomen izquierdo, mesogastrio y flanco izquierdo se observan asas con niveles con pared intestinal prominente, válvulas conniventes visibles sugiriendo naturaleza oclusiva, sin causa clara.

TAC abdomen: hígado, bazo páncreas y riñones conservados. Retroperitoneo: sin adenopatías. Asas intestinales dilatadas sin imagen concluyente por masa. A nivel distal el contraste es muy pobre, sin embargo existe una imagen mal definida. Se sugiere descartar plastrón por US. Por el paciente persistir algico y presentar pico febril, se inicia tratamiento antibiótico con metronidazol y cefotaxime. Bajo el diagnóstico de oclusión intestinal en estudio 7 días después de su ingreso, se decide llevar a sala de operaciones y se encuentra: Íleo Biliar con lito de 8 centímetros (fig. 1) en íleon proximal y plastrón en vesícula que involucra estómago duodeno y colon identificándose fístula en la primera porción del duodeno.

TRATAMIENTO Y EVOLUCION

La cirugía realizada fue: laparotomía exploradora, enterotomía (fig. 1) más rafia intestinal (fig.2), colecistectomía, exploración de la vía biliar, reconstrucción de la vía biliar, colocación de sonda en T, colangiografía y piloroplastía. Tuvo complicaciones posteriores: bronconeumonía (en postoperatorio #7) y secreción a través de la herida quirúrgica . (postoperatorio #10). Se cultiva en el líquido del Penrose enterococos faecalis grupo D y células levaduriformes. Además presentó trastornos hidroelectrolíticos severos e hipoalbuminemia que requirió reposi-

ción y soporte nutricional (postoperatorio#13). El paciente fallece a los 34 días de su ingreso debido a insuficiencia renal aguda anúrica con las complicaciones propias de fallo renal.

DISCUSIÓN

El íleo biliar es una enfermedad rara que se presenta en pacientes de edad avanzada con un promedio de edad de 65 a 75 años (4,1). En este grupo de edad representa el 25 % de los casos de obstrucción de intestino delgado (6,1). Por su baja incidencia y el número de enfermedades con un alto patrón clínico similar, el diagnóstico prequirúrgico se obtiene solamente en el 50-60% de los casos y generalmente se retrasa por varios días (15,11,6,1).

Representa menos del 4% de los casos de obstrucción mecánica intestinal (14).

La edad avanzada de los pacientes, la presencia de enfermedades concomitantes (cardiovasculares, diabetes, hipertensión, obesidad) y el retraso en el tratamiento quirúrgico contribuyen a un alta morbilidad y mortalidad, 11-75% y 820% respectivamente (11 ,14).

Es más frecuente en las mujeres que en los hombres en una relación 4: 1. De los cálculos que ingresan al intestino el 10% aprox. son responsables de obstrucción ya que deben medir más de 2,5 cm. de



Figura 1. Extracción del lito y enterotomía.

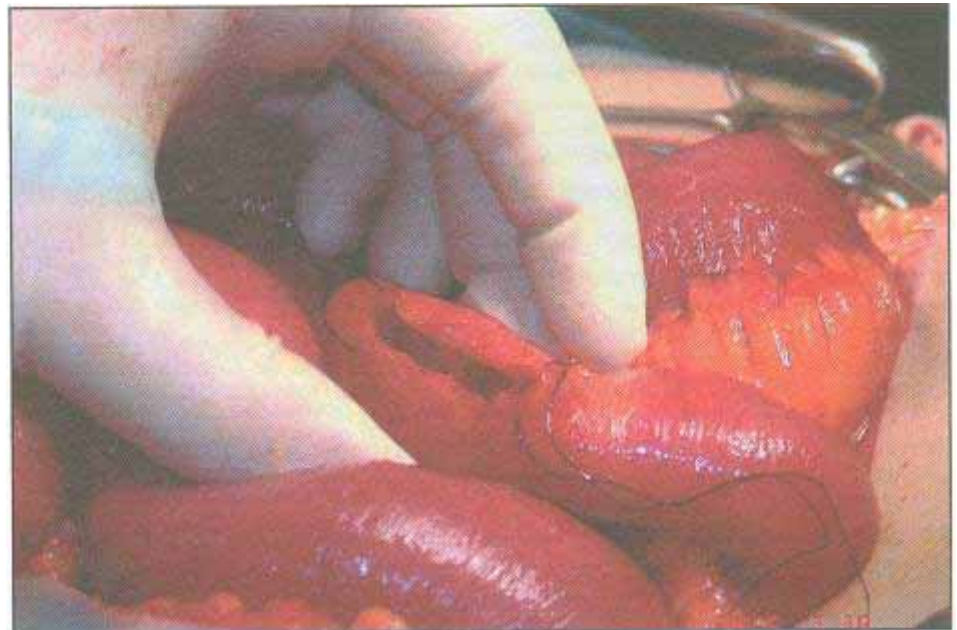


Figura 2. Rafias intestinal.

diámetro para provocarla (3,4,11). La presentación clínica es pobre y mal definida (dolor abdominal en epigastrio o hipocondrio derecho, vómito, fiebre, deshidratación), ya que es frecuente que el cálculo se impacte y se libere en forma intermitente causando episodios de

obstrucción parcial del intestino delgado (4,12,4).

A esto se le conoce como "Turning phenomenon" (6,1) fenómeno que produce un retraso significativo para llegar al diagnóstico ya que los pacientes pueden no buscar atención médica o el médico

perder de vista el diagnóstico debido a la normalidad de la clínica y exámenes. Es importante recordar que el paso de los cálculos biliares al tubo digestivo se produce a través de una fistula biliodigestiva. La etiología más frecuente de las fistulas biliodigestivas es la colelitiasis, en el 60 al 90 % de los casos, seguida por la úlcera péptica y otras causas mucho menos frecuentes como el carcinoma digestivo o biliar. La localización más frecuente de la fístula es la colecistoduodenal en un 60 a 70 % de los casos, seguida de colecistocólicas (10-25%), colecistogástricas (5%) Y menos frecuente coledocoduodenal (3,7,13,2,6,10).

El fondo vesicular es el lugar que más frecuentemente se comunica y lo hace al bulbo duodenal, mientras que el infundíbulo vesicular lo suele hacer a la vía biliar principal, produciéndose una fistula colecistocoleodociana o síndrome de Mirizzi tipo II (13,1). El Sd. de Mirizzi fue descrito por el Dr. Pablo Mirizzi en 1948 y es producido por un lita impactado en el conducto cístico o en el cuello de la vesícula obstruyendo el conducto hepático. Más tarde este síndrome fue clasificado en cuatro tipos: tipo I involucra la compresión del conducto hepático común, tipo II fístula colecistocoleodociana en menos de un tercio del conducto biliar y los tipos III y IV que involucran fístula en dos tercios y obstrucción completa del conducto

biliar respectivamente (13,1). La radiografía simple de abdomen es la herramienta básica para el diagnóstico (4). Los signos radiológicos de una obstrucción intestinal simple son: asas distendidas proximales por retención de líquido y gas, niveles hidroaéreos, reducción o ausencia de gas y materia fecal en colon (7). El hallazgo más frecuente es la obstrucción intestinal 70%, seguido de neumobilia 54% y lita en posición anormal 35% (4). Los hallazgos clásicos del íleo biliar en la radiografía simple de abdomen consisten en la triada de Rigler: neumobilia (signo de Gotta-Mentschwer), obstrucción intestinal y cálculo biliar en posición aberrante. La presencia de dos de estos tres signos ha sido considerada patognomónica de íleo biliar y aparece en el 40 - 50 % de los casos (13,12,15,6,1).

La presencia de la neumobilia implica la permeabilidad del conducto cístico o una fistula que compromete el conducto biliar común. En la mayoría de los pacientes, la obstrucción del conducto cístico es el evento fisiopatológico que causa la colecistitis y eventualmente produce una fistula bilioentérica. Lo anterior explica el porqué de la ausencia frecuente de aire en la vía biliar (4,13). Se debe tomar en cuenta que la neumobilia puede aparecer por manipulación endoscópica previa. Otro signo que puede ayudar es la presencia de 2 niveles hidroaéreos adyacen-

tes en el cuadrante superior derecho (signo de Balthazar). Un estudio de Cohorte muestra que 24% de pacientes tienen este signo al ingreso (1,10). Observar el lita biliar es difícil debido a la superposición de gas, estructuras óseas y porque la mayoría de éstos son radiolúcidos (4). La localización más frecuente del cálculo es el íleon terminal (60%) y la válvula ileocecal por su lumen estrecho y poca movilidad. Sin embargo existen otras localizaciones menos frecuentes como el íleon proximal (25%), yeyuno (9%), estómago, duodeno (2%) y finalmente colon (4%) (10,1). La obstrucción a nivel de píloro o duodeno llamado Sd. de Bouveret se manifiesta con síntomas de obstrucción intestinal alta. Esta obstrucción puede ser visualizada fácilmente por endoscopia gastrointestinal superior que posibilita la extracción del lita sin laparotomía (1,10). En cuanto a los exámenes de laboratorio, éstos pueden mostrar leucocitosis leve, desequilibrio hidroelectrolítico y signos de deshidratación; con pruebas de función hepática alteradas en un tercio de los pacientes (4). El procedimiento quirúrgico de elección para el íleo biliar sigue siendo controversial, especialmente tomando en cuenta el tiempo de la cirugía biliar (11,1,14)." En un estudio se demostró que la reparación de la fístula prolonga el tiempo quirúrgico significativamente y se asocia a un aumento de la tasa de complicaciones (15,6). Sin em-

bargo si no se realiza el cierre de la fístula el paciente es impulsado a complicaciones potenciales severas (ileorecurrente, colecistitis, colangitis, carcinoma de vesícula o malabsorción) asociadas a la fístula. (15,6). Además muchos pacientes rehusan un segundo procedimiento quirúrgico. La complicación post operatoria más frecuente es la infección de la herida, aunque también se pueden observar fístulas o perforación duodenal, hemorragia digestiva, íleo paralítico, pancreatitis aguda, evisceración, neumonía y flebitis. En el caso en mención el diagnóstico fue difícil, tal como se menciona en la literatura, ya que el paciente presentaba clínica inespecífica y los exámenes de laboratorio y gabinete no lograron identificar la causa de la misma. Se determina el diagnóstico de íleo biliar durante el procedimiento quirúrgico. El paciente de edad avanzada como en la mayoría de los casos y con enfermedades concomitantes asociadas (hipertensión y diabetes), presentó diversas complicaciones médicas (neumonía, congestión pulmonar acidosis y trastornos hidroelectrolíticos secundarios a fístula biliar de alto gasto) y quirúrgicas (infección de la herida). Finalmente fallece a causa de

IRA anúrica debida secundaria a fuga biliar pos quirúrgica de alto gasto. Recientemente se han reportado estudios en pacientes con íleo biliar donde se utiliza como procedimiento quirúrgico la laparoscopia justificado por la morbilidad y mortalidad altas asociadas al tratamiento quirúrgico abierto y a que el procedimiento laparoscópico es diagnóstico, terapéutico, corto y donde la pérdida sanguínea es mínima y el intestino se sutura apropiadamente. No hubo mortalidad, dehiscencia, infección o complicaciones y no se requirió de cirugía biliar adicional (14).

RESUMEN

El íleo biliar es una obstrucción mecánica del tracto gastrointestinal cuya causa es la impactación de uno o más cálculos en la luz intestinal. Corresponde al 1-4% de las obstrucciones intestinales en el adulto. En la mayoría de los casos se localiza en el íleon terminal, íleon proximal, yeyuno, colon sigmoide y duodeno. Está asociado a una tasa de mortalidad alta, y un notorio difícil diagnóstico, así como a comorbilidades y controversia en el tratamiento de elección para el paciente.

BIBLIOGRAFÍA

- 1-Alaa Abou-Saif, et al. Complications of Gallstone Disease: Mirizzi síndrome. Colecystocholedocal Fístula. and Gallstone Ileus. The American Journal of Gastroenterology, 2002, Vol. 97(2):249-254.
- 2-Echenique E, et al. Íleo Biliar: Análisis Retrospectivo de una Serie. *Kirurgia*, 2003, Vol.1.
- 3-García F. et al. G. Íleo Biliar Cirugía Definitiva. *Prensa Médica Argentina*, 2000, Vol. 87: 466-469
- 4-Hisosawa-Oshi T, et al. Obstrucción Intestinal Secundaria a Íleo Biliar. *Rev. Gastroenterología México*, 2002, Vol.67(1).
- 5-Hurlan M, et al. Image of the month. *Gastroenterology*, 2004, Vol. 127(3): 705.
- 6-Marko Doko, et al. Comparison of the surgical treatments of Gallstone ileus: Preliminary Report. *World Journal of Surgery*, 2003, Vol. 27: 400-404.
- 7-Montiel D, et al. Principios de Urgencias Emergencias V Cuidados Críticos UNINET. Capítulo 3.1 Valoración del Abdomen agudo en Urgencias. Examen radiológico abdominal de urgencias
- 8-Moshe Schein. *Cirugía abdominal de Urgencia*.2001: 143.
- 9-Patiño I. *Lecciones de Cirugía*. 2000: 547-548.
- 10-Rodríguez H, et al. Síndrome de Bouveret: descripción de 5 casos. *Cirugía Española*. 2004, Vol. 76(4):256-260.
- 11-Rodríguez J.C, et al. Cholecistectomy and fistula closure versus enterolithotomy alone in gallstone ileus. *British Journal of Surgery* 1997, Vol. 84: 634-637.
- 12-Sabiston, David. *Tratado de Patología Quirúrgica*. 16 edición. 2003: 1255-1256.
- 13-Santiago F, et al. Síndrome de Bouveret: Hallazgos Clínicos v radiológicos. *Rev. Esp. Enf. Dig* 1999, Vol. 91: 144-148.
- 14-Sarli L, et al. Gallstone Ileus: Laparoscopic Assisted Enterolithotomy. *Journal of the American College of Surgeons*, 1998, Vol. 186(3): 370-371.
- 15-Tan Y, et al. A Comparison of Two Surgical strategies for the Emergency Treatment of Gallstone Ileus. *Singapore Med journal*, 2004, Vol. 45(2): 69-72.