

Caso Clínico

Íleo biliar

Allan Pérez-Baltodano¹, Marcela Bermúdez-Coto², Madelein Centeno-Rodríguez³, William Vargas-Alpizar⁴.

Resumen

El íleo biliar es una entidad clínica difícil de diagnosticar que se produce como resultado de una comunicación anormal entre la vía biliar y el tubo digestivo, con la consiguiente evacuación del cálculo e impactación del mismo distalmente hasta que se presenta como un cuadro de obstrucción intestinal.

Reportamos el caso de un paciente de 47 años de edad, sin antecedentes médicos ni quirúrgicos de importancia, que ingresó al servicio de emergencias quirúrgicas con un abdomen agudo, caracterizado por dolor en epigastrio e hipocondrio derecho de cinco días de evolución, fiebre y vómitos. El ultrasonido de abdomen reveló una colecistitis aguda. La radiografía simple de abdomen mostró niveles hidroaéreos y una asa fija en el hipocondrio derecho. La laparotomía exploratoria reveló una fístula colecistogástrica asociada a obstrucción intestinal secundaria a un lito biliar enclavado en el íleon terminal. Se le practicó una colecistectomía, enterolitotomía, enterorrafia y reparación de la fístula en un solo tiempo quirúrgico.

Se realiza una revisión bibliográfica de este tema de difícil diagnóstico, con el fin de exponer la controversia que aún existe sobre el manejo quirúrgico del íleo biliar y establecer los diversos criterios de resolución quirúrgica, tanto en uno como en 2 tiempos quirúrgicos.

Descriptor: Íleo biliar, obstrucción intestinal, fístula colecistogástrica, gallstone ileus, intestinal obstruction, cholecystogastric fistula.

Recibido: 16 de julio de 2004

Aceptado: 6 de agosto de 2004

El íleo biliar fue descrito inicialmente por Bartholín en 1645 durante una autopsia y Courvouisier en 1890 publicó una serie de 131 casos¹. Se considera una evolución excepcional de la coledocistitis, en la cual se produce 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 intestinal².

Debido a su dificultad diagnóstica tiene un alto índice de complicaciones y una mortalidad que se encuentra entre 12 y 27%³. Sólo el 1 al 15% de las fístulas biliodigestivas producen íleo biliar¹, el cual tiende a pasar inadvertido en muchos de los casos, interpretándose como un cólico biliar o episodios de colecistitis aguda⁴.

Resumen clínico: Un paciente masculino de 47 años de edad, sin antecedentes médicos ni quirúrgicos de importancia, consultó al servicio de emergencias del Hospital Calderón Guardia por dolor abdominal tipo cólico en epigastrio e hipocondrio derecho de 5 días de evolución, asociado a fiebre no cuantificada y 4 vómitos biliosos por día. El ultrasonido abdominal (US) reveló coledocistitis y colecistitis aguda. Al examen físico no se encontraron datos trascendentales por lo cual se decidió egresarlo con analgésicos y referencia a la consulta externa.

Servicio de Cirugía General;
Hospital "Dr. Rafael Ángel
Calderón Guardia".

Abreviaturas: Us, ultrasonido.

Correspondencia:

Allan Pérez Baltodano.

Clínica Universal.

Ave 1a, Calle 24-26.

Paseo Colón, San José.

ISSN 0001-6002/2005/47/1/53-56

Acta Médica Costarricense. ©2005

Colegio de Médicos y Cirujanos

Reingresa 2 días después por reagudización de los síntomas. A la exploración se encontró febril (38°C), taquicárdico (105 latidos por minuto), deshidratado, en mal estado general, cardiopulmonar normal, abdomen distendido con peristalsis disminuida, y aumento de la resistencia muscular especialmente en el epigastrio, pero sin irritación peritoneal. El tacto rectal demostró heces blandas en el ámpula rectal sin sangrado ni masas.

Los exámenes de laboratorio evidenciaron leucocitosis de 14.700/mm³, con 6% de bandas, hematocrito en 35%, glicemia en 125mg/dl, hiponatremia, creatinina en 1,6mg/dl y nitrógeno uréico en 45mg/dl. Las pruebas de función hepática, la amilase y la amilasuria, estaban dentro de límites normales. La radiografía simple inicial de abdomen mostró una asa fija en el hipocondrio derecho (Figura 1) y las placas de control posterior mostraron niveles hidroaéreos. El US abdominal describió la vesícula biliar distendida, con escasa cantidad de líquido perivesicular, colecistitis aguda y colelitiasis sin dilatación de la vía biliar.

Debido a estos hallazgos y al drenaje de 800cc de material bilioso por la sonda nasogástrica, se decidió someterlo a una laparotomía exploratoria, se encontró un fragmento de lito biliar de aproximadamente 3 por 2 cm, localizado en el íleon terminal, y dilatación intestinal proximal, por lo que se realizó una enterolitotomía y enterorrafia. Se identificó una fístula colecistogástrica que involucraba el fondo vesicular y la cara anterior del antro gástrico, la cual se manejó con colecistectomía y rafia gástrica. La Figura 2 muestra los fragmentos del lito biliar extraídos del íleon y de la vesícula.

La evolución del paciente fue satisfactoria, inició la vía oral a los 2 días de operado y se egresó al octavo día, recibiendo cobertura antibiótica por sepsis de la herida quirúrgica que inició en el tercer día posoperatorio.

Discusión

El fleo biliar corresponde a un tipo de obstrucción intestinal mecánica causada por la impactación de litos biliares dentro del tracto gastrointestinal como resultado de una comunicación anómala entre éste y el sistema biliar. La fístula bilioentérica se produce cuando un cálculo erosiona las paredes de la vía biliar y del tubo digestivo. Esta erosión asociada al proceso inflamatorio, a la reducción del flujo arteriovenoso y al aumento de la presión intraluminal de la vía biliar, ocasiona la perforación, fistulización y evacuación del cálculo biliar hacia el tracto intestinal⁴. La incidencia mundial es aproximadamente de 1,2%³. Conforma del 1 al 3% de las obstrucciones no estranguladas de intestino delgado en pacientes menores de 65 años y hasta un 23% en mayores de esa edad¹. Es una patología más prevalente en mujeres en una proporción de 3,5 a 1^{3,5-7} posiblemente debido a la predominancia femenina de la enfermedad



Figura 1: Radiografía simple de abdomen que muestra una asa fija en el hipocondrio derecho correspondiente a íleon. Nótese la distensión intestinal.

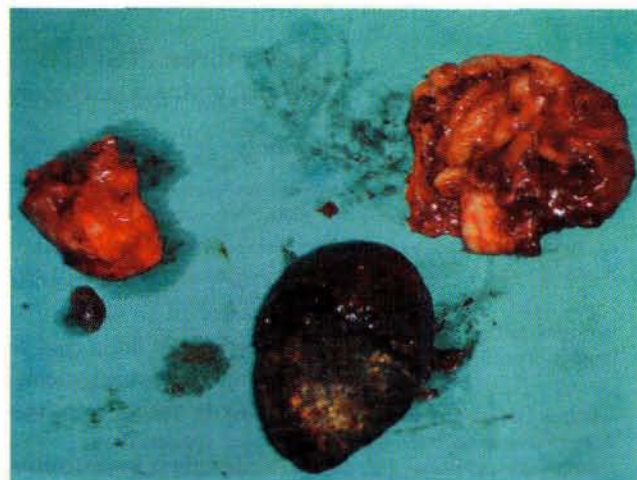


Figura 2: Fragmentos del lito biliar extraídos del íleon y de la vesícula, con un diámetro aproximado de 6cm longitud x 3.5cm de diámetro transversal.

biliar. Su rango de mayor incidencia se encuentra entre los 65 y los 75 años de edad, con promedio de 72 años^{5,8}.

Las fístulas biliodigestivas más comunes son las colecistoduodenales (65-77%), le siguen las colecistocólicas

(10-25%), y las colecistogástricas (5%), las colédocoduodenales son mucho menos frecuentes⁴.

La obstrucción mecánica intestinal con dolor abdominal y vómito es la presentación clínica más común, pero ésta tiende a ser un poco insidiosa por el efecto de válvula del cálculo⁷. Es posible que exista el antecedente sugestivo de colelitiasis o síntomas de colecistitis aguda justo antes del inicio del cuadro. El íleo biliar está presente en el 1 al 3% de las obstrucciones mecánicas del intestino delgado¹. El sitio más frecuente de obstrucción es el íleon por su reducido calibre y débil peristaltismo^{1,8}. En este caso en particular, el lugar de enclavamiento fue el íleon terminal, que coincide con lo descrito (65%). Se mencionan otros como duodeno (3-5%), conocido también como el Síndrome de Bouveret, yeyuno (15-31%) y colon (5-8%)⁹. Se han reportado algunos casos de íleo biliar en pacientes colecistectomizados, lo que ha llevado a algunos autores a pensar que pequeños cálculos formados en las vías biliares dilatadas podrían pasar al tubo digestivo, a través de la papila¹⁰.

Los estudios de laboratorio por lo general muestran leucocitosis leves con importante desviación a la izquierda, trastorno hidroelectrolítico y signos de deshidratación⁸. Los estudios radiológicos son complementarios y de alta importancia en el diagnóstico de este cuadro. La radiografía simple de abdomen es el "gold" estándar, pero se puede complementar con el tránsito intestinal, la serie gastroduodenal, la tomografía computarizada y la ultrasonografía abdominal. Los signos radiológicos de íleo biliar fueron descritos por Rigler en 1941 y comprenden: distensión de asas delgadas, niveles hidroaéreos, signos de aerobilia e imagen litiásica radiopaca que cambia de posición con los movimientos del paciente, sin embargo ninguno de estos hallazgos es patognomónico de íleo biliar^{4,11}.

El tratamiento debe ser quirúrgico, sin embargo, en pacientes de alto riesgo se puede intentar el abordaje terapéutico con endoscopia digestiva alta, baja, o incluso litotripsia, dependiendo de la localización del cálculo^{1,7}.

Quirúrgicamente existe controversia en cuanto a la resolución en uno o dos tiempos, es decir, realizar enterolitotomía, colecistectomía y reparación de la fístula (mortalidad de 16,9%^{1,7}), o solamente resolver la oclusión intestinal mediante enterolitotomía (mortalidad de 11,7% y recurrencia de 4,7%^{1,7}) y posteriormente, en un segundo tiempo, considerar la reparación de la fístula existente, si ésta lo amerita.

El manejo debe estar dirigido inicialmente hacia la resolución de la obstrucción intestinal y luego a la reparación de la fístula bilioentérica^{1,4}. Las condiciones generales del paciente determinarán el tipo de procedimiento a realizarse. El consenso mundial indica que ambos procedimientos se pueden llevar a cabo en un solo tiempo quirúrgico si se trata de un paciente con buen estado general, o con cuadros asociados de colecistitis aguda o colédocolitiasis¹². En este paciente se diagnosticó colelitiasis, colecistitis aguda y oclusión intestinal. Debido a que el paciente era joven y se encontraba en buen estado general, la resolución del caso se logró en un solo tiempo quirúrgico.

El íleo biliar es una rara complicación que se presenta más frecuentemente en mujeres de edad avanzada, que a su vez presentan comorbilidad importante. A pesar de que el diagnóstico clínico del cuadro es difícil, ya que su sintomatología asemeja otros padecimientos abdominales, es importante recordar que la indicación terapéutica es la cirugía y que el tipo de procedimiento a realizar estará definido por las condiciones fisiológicas del paciente.

Abstract

Gallstone ileus is a clinical entity of difficult diagnosis; it is the result of an anomalous communication between the biliary tree and the gastrointestinal tract, with the eventual evacuation of the gallstone which becomes impacted in the distal tract where it causes intestinal obstruction.

We report the case of a 47-year-old male, without relevant past medical history, who arrived to the emergency room with epigastric and right upper quadrant pain, fever and vomiting. The abdominal ultrasound showed acute cholecystitis. A conventional abdominal film showed air-filled small bowel loops and a fixed loop in the right upper quadrant. An exploratory laparotomy revealed a cholecystogastric fistula and intestinal obstruction secondary to an impacted gallstone in the mid-ileum. Cholecystectomy, enterolithotomy, enterorrhaphy, and fistula repair were performed in one stage.

We reviewed the literature regarding gallstone ileus management to examine the controversy that still exists when dealing with surgical indications in this entity.

Referencias

- ¹ Herrera E de J, Candia RF, Ortega LF. Íleo biliar. Reporte de un caso. *Rev Sanid Milit Mex* 2003; 57: 397-401.
- ² Rodríguez, JI, 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.
- ³ Reisner RM, Cohen JR. Gallstone Ileus: a review of 1001 reported cases. *Am Surg* 1994; 60: 441-446.
- ⁴ Echenique M, Amondarain J, Lirón C. Ileo Biliar: Análisis retrospectivo de una serie. *Kirurgia Universidad del País Vasco* 2003; Número 1. Disponible en: www.sc.ehu.es/scrwwwsr/kirurgia/kirurgia2003b/ileo%20biliar.htm
- ⁵ Atli AO, Coskun T, Ozec A, Hersek E. Biliary enteric fistulas. *Int surg* 1997; 82: 280-283.
- ⁶ Andreas MK, Ernesto PM. Gallstone ileus. *N Engl J Med* 1997; 336: 879-880.
- ⁷ Hirosawa-Oishi T, Rosas-Salas CV, Kimura-Fujikami Y, Velasco-Ospina C. Obstrucción intestinal secundaria a fleo biliar. *Rev Gastroenterol Mex* 2002; 67: 34-37.
- ⁸ Roa G, Jiménez H. Ileo Biliar. Presentación de 5 casos. *Rev Col Cirugía* 1993; 8: 67-72.
- ⁹ Guillon P, Benoit J, Champault G, Boutelier P. A rare complication of cholelithiasis. Ulceration of the cystic artery associated with cholecystoduodenal fistula. *J Chir Paris* 1994; 131: 250-251.
- ¹⁰ Bojardi G, Ricevuto G, Grassi N, Latteri M, Benvegna S. A case of biliary ileus in a subject who had already undergone cholecystectomy. *Minerva Chir* 1989; 44: 1151-1154.
- ¹¹ Rigler LG, Borman CM, Noble JF. Gallstone Obstruction. Pathogenesis and roentgen manifestations. *JAMA* 1941; 117: 1753.
- ¹² Cubillos L, Cruz O, Tapia A, Zuñiga J, Palladines G. *Rev Chil Cirugía* 1991; 43: 142-149.