

Íleo biliar como causa poco frecuente de abdomen agudo obstructivo, presentación de caso clínico

Bile ileus as a rare cause of obstructive acute abdomen, clinical case presentation

Dr. Víctor Hugo Asquel Cadena*, Dr. Abel Hernández Solar**, Md. Evelyn Nataly Moreno Caballeros ***, Md. Marco Alfonso Díaz Piedrahita****

- * Médico Especialista en Cirugía General. Hospital Del Día Neuro-Salud
- ** Médico Especialista en Cirugía General. Hospital Básico IESS Latacunga
- *** Médico Residente. Hospital IESS Latacunga. Hospital IESS Latacunga.
- **** Médico General. Consultorio Médico San Rafael

victorasquel@gmail.com

Resumen.

Introducción: El íleo biliar es una complicación infrecuente de la colelitiasis y además es causa de obstrucción mecánica del intestino delgado o grueso, la cual es producida por la migración de un lito a través de una fistula bilioentérica misma que es más frecuentemente colecisto duodenal (65-77%) y, que, a pesar de poder alojarse en cualquier parte del trayecto, este muy comúnmente se aloja en el íleon terminal debido a su estrechez anatómica.

Objetivo: Realizar una revisión bibliográfica sobre la sospecha clínica del íleo biliar, así como su manejo quirúrgico y ejemplificarlo mediante la presentación de un caso clínico.

Material y métodos: Estudio descriptivo, retrospectivo, presentación de caso clínico en el “Hospital Básico IESS Latacunga”, caso que fue tratado en el servicio de Cirugía General del hospital.

Resultados: Paciente que 24 horas antes de acudir a consulta presentó sin causa aparente dolor abdominal tipo cólico de moderada intensidad, localizado en epigastrio con irradiación difusa a flancos, este dolor fue acompañado por náusea que llega al vómito en más de 20 ocasiones siendo al inicio de contenido alimenticio, pero posteriormente tornándose bilioso, también se realizó tacto rectal donde se encontró esfínter tónico, ampolla rectal vacía, sin masas y dedo de guante limpio, se realiza exámenes complementarios de imagen donde se identifica la Triada de Rigler, compatible con un íleo biliar. Se decide intervención quirúrgica de emergencia.

Conclusiones: El íleo biliar es una causa importante e infrecuente de obstrucción mecánica y su conocimiento por parte del cirujano es indispensable para un diagnóstico lo más precoz posible.

Palabras clave: Enfermedades del Ileon, Ileon, Síndrome de Karewsky, Síndrome de Bouveret

Abstract.

Introduction: Gallstone ileus is an infrequent complication of cholelithiasis (0.3-0.5%) and it is also a cause of mechanical obstruction of the small or large intestine, which is caused by the migration of a stone through a bilioenteric fistula itself that is more frequently cholecystoduodenal (65-77%) and that, despite being able to lodge in any part of the path, it most commonly lodges in the terminal ileum due to its anatomical narrowness. Although its prevalence is low of only 1-4% of the total of mechanical obstructive intestinal pathologies, this pathology is found in older adult patients and women, these being 25% of the total cases of the same and presents a mortality rate of 12- 27% and reaching a recurrence of up to 50% of the same, which is why its diagnostic suspicion is of vital importance, together with the importance of image diagnosis and finally its initial surgical treatment, which in turn is also controversial between a single-step surgery with a higher mortality rate and a two-step surgery with less mortality than the previous one but with a higher rate of persistence of cholecystoenteric fistula, recurrence of pathology and also the risk of carcinogenesis.

Objective: To carry out a bibliographic review on the clinical suspicion of gallstone ileus, as well as its surgical management, and to exemplify it by presenting a clinical case.

Material and methods: Descriptive, retrospective study, presentation of a clinical case in the "IESS Latacunga Basic Hospital", a case that was treated in the General Surgery service of the hospital.

Results: Description of the clinical case: a 29-year-old female patient with a personal clinical history of hypertriglyceridemia treated with gemfibrozil; cholelithiasis diagnosed without treatment; grade III obesity; allergies: does not refer; surgical history: does not refer. Gyneco-obstetric history of importance: Date of last menstruation on 05/20/2007, refers to the use of family planning based on norethisterone + ethinyl estradiol. Current disease: Patient reported that 24 hours before going to the consultation, he presented without apparent cause colic-type abdominal pain of moderate intensity, located in the epigastrium with diffuse radiation to the flanks, this pain was accompanied by nausea that reached vomiting on more than 20 occasions. at the beginning of nutritional content, but later becoming bilious. Despite episodes of vomiting, abdominal pain did not subside, and she did not present any other symptoms. At the time of going to the medical consultation, a physical examination was performed that reported a globose abdomen at the expense of adipose panniculus without scars, painful on superficial and deep palpation in the epigastrium and left hypochondrium without the presence of visceromegaly and positive signs of peritoneal reaction. metallic airborne noises, increased in tone and strength; Rectal examination was also performed where tonic sphincter, empty rectal ampoule, without masses and clean glove finger were found. Complementary imaging tests are performed where Rigler's Triad is identified, compatible with a gallstone ileus. Emergency surgical intervention is decided.

Conclusions: Gallstone ileus is an important and infrequent cause of mechanical obstruction and its knowledge by the surgeon is essential for a diagnosis as early as possible.

Keywords: Ileal diseases, Ileum, Karewsky syndrome, Bouveret syndrome

Recibido: 27-08-2020

Revisado: 7-09-2020

Aceptado: 11-09-2020

Introducción.

El íleo biliar, de acuerdo con Beuran et al., este fue descrito por Bartholin en 1654 en una necropsia, así mismo el primer caso de obstrucción duodenal fue escrito por Bonnet en 1841 y no fue hasta 1893 cuando Bouveret estableció el diagnóstico preoperatorio de una situación similar, siendo el primer caso reportado de una obstrucción en colon en 1932, por Tunner. Esta patología consiste en la obstrucción intestinal mecánica secundaria a la impactación de uno o más litos biliares en el tracto gastrointestinal.^{9, 16, 17}

Es una complicación importante de la colelitiasis que puede ocurrir dentro de un 0.15-1.5% de esta patología además de que aproximadamente un 50% de los pacientes de íleo biliar presentan antecedentes de la misma, también se sabe que representa hasta un 1-3% de los casos de obstrucción mecánica intestinal, incluso pudiendo llegar al 25% de los casos en pacientes adultos mayores y con predominio del sexo femenino siendo una relación de 3.5-7:1.1, ^{7, 13} Además el íleo biliar presenta una probabilidad de recurrencia entre 5-8%, conjuntamente con una tasa de mortalidad alta que oscila entre 12-27% de los casos teniendo en cuenta su relación a

edades avanzadas y otras comorbilidades causadas por el retraso de su diagnóstico que solamente es realizado en preoperatorio entre el 31 al 48% del total de los casos. ^{3, 6, 11}

La patogénesis de la enfermedad inicia debido al paso de un cálculo biliar que pasa desde los conductos biliares o desde la vesícula biliar hacia el tracto gastrointestinal, lo cual puede suceder por una migración anómala del cálculo desde la vesícula hacia la ampolla de vater, o a su vez por la formación de una fistula biliodigestiva (siendo la más común la enterobiliar colecistoduodenal 75-83% de los casos) la cuál debe su génesis a la presencia de episodios de colecistitis aguda o secundario al síndrome de Mirizzi, ambos casos donde va a existir una inflamación perivesicular crónica, produciendo posibles adherencias entre la vía biliar y el tracto gastrointestinal, por lo que conjuntamente con la presión ejercida por el lito que va a producir una necrosis en la pared vesicular y posterior erosión, va a terminar por crear aquella comunicación biliodigestiva.^{1, 2, 9, 19}

El tamaño del lito es muy importante al momento de desencadenar la enfermedad, refiriéndose a que debe medir por lo menos 2 cm de diámetro, con

2.5 cm en promedio hasta 4 cm, para poder causar obstrucción en un 90% de los casos. El sitio donde se aloje también aloja importancia estadística al ser en el íleon terminal el más frecuente entre 50-60.5% de los casos, seguido por el duodeno un 3.5-14.6% y el colon con 3-4.1%; además de los diferentes escenarios clínicos que conlleva tales como el Síndrome de Barnard en donde el lito obstruye la válvula ileocecal y manifestándose como un cuadro de oclusión intestinal clásico que hasta en un 15% de los casos se acompañará por ictericia. El síndrome de Karewsky es otro escenario en donde se puede observar dolor abdominal crónico intermitente, el cual es causado por el paso de los cálculos biliares al intestino. El síndrome de Bouveret será causado por la impactación del lito en el bulbo duodenal, de esta manera generando una obstrucción del vaciamiento gástrico. Por último, la afección del colon es la más rara y se asocia a sitios de estenosis secundarios a enfermedad inflamatoria intestinal o en el caso de la impactación en el colon sigmoide una edad promedio de 81 años. 6, 11, 12, 14

Esta patología nos lleva a tener en cuenta la importancia de su sospecha diagnóstica para llegar hacia un manejo oportuno de la misma. 1, 6, 7, 9, 11

Clínicamente se sabe que esta patología no tiene síntomas distintivos, pero el avance del lito puede resultar en periodos de agravamiento y resolución del íleo. La triada de Mordor en la clínica incluye: Un diagnóstico de colelitiasis conocido, signos clínicos de colecistitis aguda, dentro de los cuales el dolor abdominal ha estado presente en 91.5%, la distensión abdominal en 84.7%, el vómito en 59.7% y la fiebre en 40.9% de los casos y finalmente datos compatibles con obstrucción intestinal. 5, 10, 11, 12, 15

Las alteraciones bioquímicas más frecuentes son: hipo-potasemia (60%), hiponatremia (40%) y alcalosis metabólica (40%), debido a que los pacientes que cursan con esta patología usualmente también cursan con un grave estado general lo cual conjuntamente con un diagnóstico tardío nos puede llevar a deshidratación, shock, sepsis o peritonitis. 4, 18

Rigler y sus colaboradores reportaron que dentro de su estudio al realizar una rx simple de abdomen se podía encontrar alguno de los síntomas que conforman la triada con su mismo nombre, siendo estos la presencia de cálculos radioopacos (menos del 10% de los casos), neumobilia (signo de Gotta- Mentschler) y además al agregarse el cambio de posición del lito en estudios

subsecuentes se forma la tetrada de Rigler, con mayor sensibilidad diagnóstica, de todas formas el estudio determinó que la combinación de los signos solo fue aparente en menos del 50% del total de casos. 1, 5, 8, 10

Se encontró que los hallazgos imagenológicos de dilatación del tracto intestinal aparecieron en similar frecuencia entre la radiografía y la tomografía axial computarizada (88% y 92% respectivamente), sin embargo la TAC ha tenido una mejor tasa de diagnóstico de lito ectópico siendo 81% en contra del 33% de la radiografía, además los reportes de casos indican que la TAC contrastada obtiene una alta sensibilidad (93%), especificidad (100%) y exactitud (99%) en el diagnóstico del íleo biliar, sin olvidar que la presencia de fístula puede ser diagnosticada con TAC en una colangiografía con infusión de goteo, permitiéndonos observar el paso del contraste entre el tracto biliar y el tracto gastrointestinal. 8, 10, 18

El tratamiento se basa en la reanimación hidroelectrolítica del paciente conjuntamente con el manejo quirúrgico propio de la enfermedad. 1, 3, 9

Debido a que la expulsión natural del lito ocurre solo en 1.3% de los casos, el manejo adecuado ha sido el quirúrgico con laparotomía exploratoria para realizar una enterolitotomía y colecistectomía con reparación de la consecuente duodenotomía, pero la controversia radica en la cirugía de un acto donde se realiza todo el mismo momento o de dos actos donde se resuelve la enterolitotomía y la colecistectomía con cierre de la duodenotomía queda para un acto quirúrgico posterior. En 1929 se realizó la primera descripción por Holz del procedimiento en una etapa para prevenir la recurrencia de íleo biliar, pero en 1994 Reisner y Cohen indicaron que a pesar de que la mortalidad de una enterolitotomía ya era del 11.7%, el procedimiento de una etapa aumentaba este porcentaje hasta el 16.9% debido a su carácter invasivo. Estudios reportaron además un aumento significativo en la estadía hospitalaria y los índices de mortalidad en los pacientes que fueron sometidos a la cirugía de una etapa, además que para pacientes con íleo también se espera comúnmente complicaciones posquirúrgicas. 1, 3, 13

En lo que respecta a la cirugía de dos etapas, tiene la desventaja de tener un riesgo asociado de recurrencia del íleo biliar en un 86.7% de los casos, colecistitis retrógrada, colangitis en un 11% de los casos con fistulas colecistoduodenales y 60% en los casos de fistulas colecistocolónicas,

por último, un 15% de los casos mostraron como complicación el cáncer de vesícula debido a los remanentes de la fístula biliodigestiva.^{1, 2, 3, 12} Según se reporta la fístula tiene un cierre natural en el 61.5% de los casos, aunque no hay guías establecidas para esto se recomienda una espera entre 3 a 6 meses, según se reportó en estudios hasta un 85% de los casos manifiestan síntomas recurrentes hasta en 6 meses por lo que se necesitaría un seguimiento cercano del paciente y un tratamiento radical si es que no ocurre el cierre espontáneo en este periodo, además que pacientes con colecistitis sintomática necesitarán necesariamente una colecistectomía, de todas formas el manejo sigue siendo discutido y se deja al criterio del cirujano dependiendo de los factores propios de cada caso.^{1, 9, 13}

Objetivo

Realizar una revisión bibliográfica sobre la sospecha clínica del íleo biliar, así como su manejo quirúrgico y ejemplificarlo mediante la presentación de un caso clínico.

Material y métodos

Estudio descriptivo, retrospectivo, presentación de caso clínico en el “Hospital Básico IESS Latacunga”, caso que fue tratado en el servicio de Cirugía General del Hospital.

Resultados y discusión

Descripción del caso.

Paciente femenina de 29 años de edad, con antecedentes clínicos personales de hipertrigliceridemia en tratamiento con gemfibrozilo; colelitiasis diagnosticada sin tratamiento; obesidad grado III; alergias: no refiere; antecedentes quirúrgicos: no refiere. Antecedentes gineco-obstétricos de importancia: Fecha de última menstruación el 20/05/2007, refiere que utiliza planificación familiar a base de noretisterona + etinilestradiol. Enfermedad actual: Paciente refirió que 24 horas antes de acudir a consulta presentó sin causa aparente dolor abdominal tipo cólico de moderada intensidad, localizado en epigastrio con irradiación difusa a flancos, este dolor fue acompañado por náusea que llega al vómito en más de 20 ocasiones siendo al inicio de contenido alimenticio, pero posteriormente tornándose bilioso. A pesar de los episodios de vómito el dolor abdominal no cede, no presentó otra sintomatología. Al momento de

acudir a la consulta médica se realizó un Examen físico que reportó un abdomen globoso a expensas de panículo adiposo sin cicatrices, doloroso a la palpación superficial y profunda en epigastrio e hipocondrio izquierdo sin presencia de visceromegalias y con signos positivos de reacción peritoneal, ruidos hidroaéreos metálicos, incrementados en tono y fuerza; También se realizó tacto rectal donde se encontró esfínter tónico, ampolla rectal vacía, sin masas y dedo de guante limpio. Se realizó exámenes complementarios donde podemos destacar leucocitosis de $16.10 \times 10^3/\text{mm}^3$ y neutrofilia del 82%, además de una Gamma glutamil transpeptidasa de 453 U/L, se procedió a realizar una Radiografía simple de abdomen (Imagen 1) en decúbito supino que se evidencia una distensión del intestino delgado (válvulas conniventes), además se observa imagen radio opaca entre la fosa iliaca derecha y el flanco derecho, en relación con proceso obstructivo. En ecografía abdominal presenta dificultad en la visualización de órganos intraabdominales por el incremento del patrón gaseoso y un abundante panículo adiposo, solo se puede apreciar una vesícula biliar con paredes engrosadas y aparente barro biliar. En la TOMOGRAFÍA AXIAL COMPUTALIZADA SIMPLE DE ABDOMEN (Imagen 2): en los cortes axiales de la tomografía abdomino pélvica realizada sin contraste intravenoso se identifica la vesícula biliar engrosada con un realce parietal, con abundante gas en su interior, se observa una continuidad en la luz vesicular (fístula??), se observa pequeña cantidad de líquido perivesicular, Asas de intestino delgado dilatadas en su segmento proximal, en la parte distal se observa un cálculo biliar ectópico intraasa localizado en fosa iliaca derecha, estos hallazgos son compatibles con íleo biliar. Por lo que el servicio de Cirugía General decide intervenirla de manera emergente.

Previo a Chequeo pre anestésico de la paciente (ASA II) y firmas de consentimiento informado, se realizó una laparotomía exploratoria encontrando: (Imagen 3) 1.- Asas de intestino delgado distendidas sin signos de isquemia o necrosis. 2.- A 50 cm de la válvula ileocecal se identifica sitio de la obstrucción; donde se realiza entorolitotomía, encontrándose lito biliar ectópico de aproximadamente 4 cm de diámetro mayor (Imagen 4). 3.- Resto de órganos intraabdominales sin patología aparente. Tiempo quirúrgico 50 minutos. Procedimiento sin complicaciones.

Después del procedimiento quirúrgico paciente es trasladada a la Unidad de Cuidados Post

Anestésicos donde permanece 60 minutos y posterior a la valoración es dado de alta a piso.

Paciente permanece hospitalizado por 48 horas, donde evoluciona favorablemente y es dado de alta.

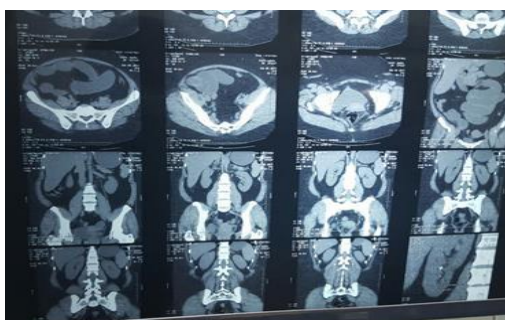
Se valora a paciente en su post quirúrgico a los 7 días, para el retiro de puntos, donde no nos refiere ninguna molestia, adecuada tolerancia a la dieta, no alza térmica; y a los 30 días donde se recibe el resultado de histopatología, el mismo que nos reporta lito de aproximadamente 4 cm x 2 cm x 2 cm de diámetro, de consistencia dura y firme, Calculo biliar facetado mixto con características de pigmentos de colesterol.

Imagen 1. Radiografía Simple de abdomen



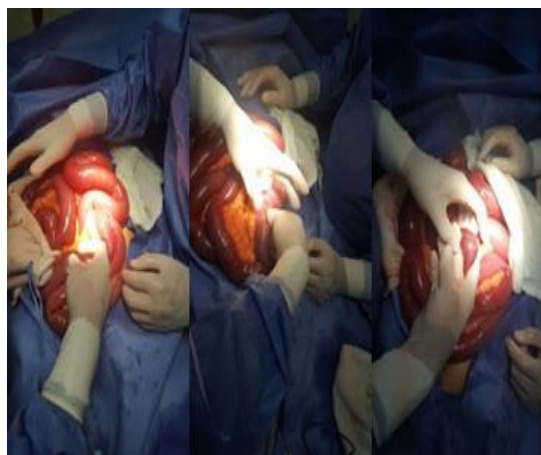
Fuente: archivo del Hospital IESS Latacunga

Imagen 2. Tomografía axial Computarizada



Fuente: archivo del Hospital IESS Latacunga

Imagen 3. Cirugía enterolitotomía



Fuente: archivo del Hospital IESS Latacunga

Imagen 4. Lito extraído



Fuente: archivo del Hospital IESS Latacunga

Conclusión

El íleo biliar es una causa importante e infrecuente de obstrucción mecánica y su conocimiento por parte del cirujano es indispensable para un diagnóstico lo más precoz posible.

Referencias bibliográficas

1. Inukai K. Gallstone ileus: a review. *BMJ Open Gastroenterology*. 2019 Nov; 6(1): 344.
2. Abdul Hadi Mohd Anuar M, Camilla Roslani A, Abdul Aziz N, Wong Pak Kai M. Gallstone ileus: A rare complication of a common disease. 2nd World Congress on & 12th International Conference on Surgeons

- Anesthesiology and Critical Care. 2019 Nov 12; 10(1): 73.
3. Jakubauskas M, Luksaite R, Sileikis A, Strupas K, Poskus T. Gallstone Ileus: Management and Clinical Outcomes. *Medicina*. 2019 Sep 17; 55(9): 598.
 4. Riyad A, MaaroufiFathillah EK, Lammat L, Rabbani K, Louzi A, Finech B, Nacir O, AitErrami A, Samlani Z, Krati K, Oubaha Soufia. Gallstone Ileus: An Unusual Diagnosis Often Omitted. *Journal of US-China Medical Science* 16. 2019 Ago 28; 17(1): 173-178.
 5. Gan SW, Rosli RM, Kiroff G, Rana AM, Tonkin D. Gas in gallbladder—gallstone ileus? *Journal of Surgical Case Reports*. 2019 Ago 1; 2019(8).
 6. Salazar-Jiménez MI, Alvarado-Durán J, Fermín-Contreras MR, Rivero-Yáñez F, Lupian-Angulo AI, Herrera-González A. Íleo biliar, revisión del manejo quirúrgico. *Cirugía y Cirujanos*. 2019 Jun 21; 86(2).
 7. Fontes JDS, Farias IDO, Garcia HJP, De Souza MCA, Maia LMDO. ABDOME AGUDO OBSTRUTIVO POR ÍLEO BILIAR: RELATO DE CASO. *Revista de Saúde*. 2019 Jun 15; 10(01):32–7.
 8. Murray N, Darras KE, Walstra FE, Mohammed MF, McLaughlin PD, Nicolaou S. Dual-Energy CT in Evaluation of the Acute Abdomen. *RadioGraphics*. 2019 Jan; 39(1): 264–86.
 9. Toral-Chan AI, Palacios-Padrón A, Vázquez-Hernández R. Íleo biliar: un reto diagnóstico y terapéutico. *Rev Hosp Jua Mex*. 2019; 86(2): 92-95.
 10. Saouab R. Gallstone Ileus: An Uncommon Cause of Acute Abdomen. *International Journal of Medical Imaging*. 2019; 7(1): 25-28.
 11. Soliva Martínez D, González IB, Vicente Rodrigo JA, Val Pérez E, Calero-Paniagua I. Íleo Biliar. *Revista Argentina de Radiología*. 2018 Mar 27; 82(02): 088–90.
 12. Bozdog A, Kutluer N, Gulturk B, Aksu A, Bozan M, Gonen A, et al. A rare cause of mechanical intestinal obstruction in geriatric population: Gallstone ileus three cases. *Annals of Medical Research*. 2018; 26(1): 117–20.
 13. Chang L, Chang M, Chang HM, Chang AI, Chang F. Clinical and radiological diagnosis of gallstone ileus: a mini review. *Emergency Radiology*. 2017 Nov 16; 25(2): 189–96.
 14. Ploneda-Valencia CF, Gallo-Morales M, Rinchon C, Navarro-Muñiz E, Bautista-López CA, de la Cerda-Trujillo LF, et al. El íleo biliar: una revisión de la literatura médica. *Revista de Gastroenterología de México*. 2017 Jul; 82(3): 248–54.
 15. Rama-Rao P, Raghuvver Chakravarthy G, Sufiya S, Anil-Kumar B, Kalyan K.A.S.S.N. "A Clinical Study of Non Traumatic Acute Abdomen in Female Patients". *IOSR Journal of Dental and Medical Sciences*. 2017 Mar; 16(3): 34-47. doi: 10.9790/0853-1603033447.
 16. Sánchez-Pérez EA, Álvarez-Álvarez S, Madrigal-Téllez MA, Gutiérrez-Uvalle GE, Ramírez-Velásquez JE, Hurtado-López LM. Íleo biliar, experiencia en el Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga. *Cirugía y Cirujanos*. 2017 Mar; 85(2):114–20.
 17. Belmontes Castillo M, Pintor Belmontes JC. Íleo biliar, una causa infrecuente de oclusión intestinal. Presentación de un caso clínico y revisión de la literatura. *Rev. Fac. Med. (Méx.) [revista en la Internet]*. 2015 Feb [citado 2020 Abr 16]; 58(1): 33-39. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0026-17422015000100033&lng=es.
 18. García-Marín A, Pérez-López M, Pérez-Bru S, Compañ-Rosique A. Íleo biliar, causa poco frecuente de obstrucción intestinal. *Revista de Gastroenterología de México*. 2014 Jul; 79(3): 211–3.
 19. 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. *Cirugía Española*. 2013 Oct; 91(8):485–9.