

CAUSA INFRECUENTE DE OBSTRUCCIÓN INTESTINAL

RARE CAUSE OF INTESTINAL OBSTRUCTION

P. Germán Casado-Monje, M. Maraver-Zamora, I. España-Ramírez

Hospital Juan Ramón Jiménez. Huelva.

Resumen

Describimos el caso de una paciente añosa que ingresó por cuadro de vómitos persistentes secundarios a obstrucción intestinal como consecuencia de la impactación de una litiasis biliar en yeyuno.

Palabras clave: Íleo biliar, Obstrucción Intestinal, Fistula.

Abstract

We report the case of an elderly patient admitted to the hospital for persistent vomiting secondary to intestinal obstruction due to the impaction of a gallstone in jejunum.

Key words: Gallstone ileus, Intestinal obstruction, Fistula.

Introducción

El íleo biliar se define como una obstrucción intestinal originada por la impactación de una litiasis biliar a nivel intestinal. Se trata de una complicación rara de la colelitiasis, así como una causa infrecuente de obstrucción intestinal, la cual suele producirse en personas de edad avanzada.

Dado que se trata de una entidad poco frecuente y la importancia de la sospecha del mismo para un diagnóstico y tratamiento precoz, presentamos este trabajo.

Caso clínico

Presentamos el caso de una mujer de 86 años con antecedentes de hipertensión arterial, fibrilación auricular paroxística anticoagulada con Rivaroxaban 20 mg/24h e histerectomizada por mioma hace años, que ingresa por dolor abdominal epigástrico y vómitos oscuros persistentes de unos 2-3 días de evolución. No presentaba alteración del hábito intestinal. Tampoco había presentado fiebre ni cuadro icterico.

A su llegada a urgencias la paciente se encuentra estable desde el punto de vista hemodinámico, afebril, con dolor abdominal a la palpación, pero sin clínica de obstrucción intestinal.

Como estudios complementarios se le realizan: analítica, cuyos parámetros se encuentran dentro de la normalidad y radiografía de abdomen (Figura 1), cuyo único hallazgo es la existencia de heces en colon derecho, sin otras alteraciones llamativas.

Se coloca a la paciente una sonda nasogástrica como consecuencia de los vómitos frecuentes, mostrando un contenido algo oscuro, con algún resto que podría tratarse de "posos de café". No obstante, dado que la paciente se encontraba estable y no había presentado anemia, se decide su ingreso en planta para estudio.

En su llegada a planta, la paciente continúa estable desde el punto de vista hemodinámico, persistiendo las molestias abdominales y a los vómitos ocasionales, a pesar de tener colocada sonda nasogástrica conectada a bolsa, en la cual, había evacuado más de 1000 ml. de contenido gástrico en 24 horas. El abdomen era blando y depresible, sin signos de peritonismo ni de obstrucción intestinal. Se decide entonces solicitar Tomografía Axial Computerizada (TAC) de abdomen reglada y analítica completa, así como endoscopia oral.

CORRESPONDENCIA

Pedro Germán Casado Monge
muebleseli@hotmail.com

Al día siguiente, dado que la paciente presenta similar estado, con abundante contenido por la sonda nasogástrica, habiéndose evacuado otros 1000 ml en el día de contenido gástrico, y ligero empeoramiento del dolor abdominal, se decide solicitar TAC abdominal urgente.

En la TAC de abdomen se objetiva la existencia de una fístula colecisto-duodenal (Figura 2), así como una litiasis biliar de 3 cm. de diámetro que se encuentra impactada en yeyuno (Figura 3), lo que origina obstrucción intestinal con dilatación anterógrada de la porción proximal del mismo, hasta el ángulo de Treitz.

Ante dichos hallazgos, se contacta con Cirugía de guardia para valorar intervención quirúrgica urgente.

La paciente es intervenida de forma urgente una vez revertida la anticoagulación, presentando una buena evolución, desapareciendo los vómitos y restablecimiento del tránsito intestinal, siendo dada de alta a los 7 días.



Figura 1
Radiografía abdomen.

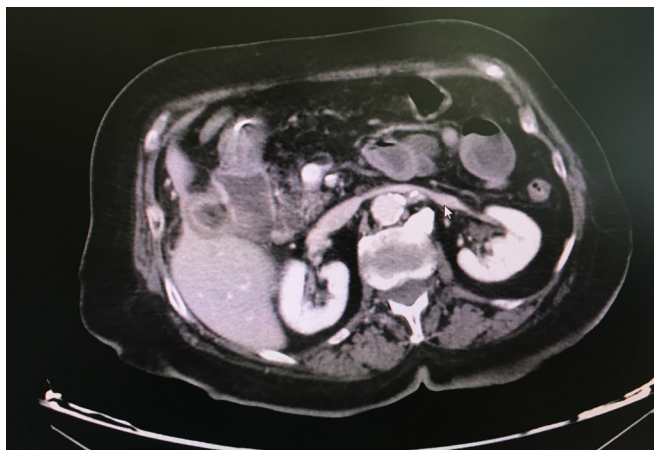


Figura 2
Fistula Colecisto-duodenal.

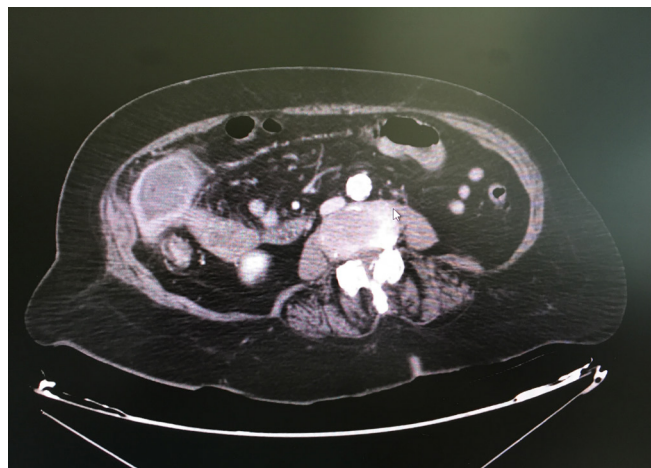


Figura 3
Litiasis en yeyuno.

Discusión

El íleo biliar es un término que fue descrito por Bartolin en 1654 por primera vez¹.

Se define por la obstrucción intestinal originada por la impactación de una litiasis biliar a nivel de intestino delgado o colon² como consecuencia, generalmente, de una fístula bilio-entérica^{3,4}. Las más frecuentes suelen ser las colecisto-duodenales (53%-68%), siendo más raras las colecisto-cólicas y colecisto-gástricas (5%). Es una complicación rara de la colelitiasis, ocurriendo entre el 0.3-0.4% de los pacientes⁵, así como una causa infrecuente de obstrucción intestinal (1-3%) que afecta predominantemente a adultos mayores^{4,6}.

El mecanismo por el que se produce es el siguiente: la inflamación pericolecística originada después de una colecistitis permite la formación de adherencias entre la vesícula y las asas intestinales; como consecuencia de la presión originada por la litiasis sobre la pared vesical, se origina una erosión, necrosis y fistulización (gangrena vesicular)⁵. En otras ocasiones, el íleo biliar puede producirse tras una esfinterotomía endoscópica⁷. Se han descrito una serie de factores que pueden favorecer el desarrollo de la fístula, como son: litiasis de entre 2-8 cm, una larga historia de enfermedad biliar, episodios repetidos de colecistitis agudas, el sexo femenino y la edad avanzada⁵.

Una vez la litiasis ha pasado al tracto gastrointestinal puede vomitarse, expulsarse espontáneamente a través del recto o impactarse originando el íleo biliar.

Si el cálculo termina impactándose, va a producir una clínica de obstrucción intestinal, cursando con dolor abdominal y vómitos fundamentalmente, pudiendo acompañarse de distensión abdominal en la mayoría de las ocasiones. El lugar más frecuente de impactación suele ser el íleon terminal y la válvula ileocecal (73%-90%) por su menor calibre y actividad peristáltica⁸, siendo otros lugares como el duodeno, yeyuno o colon, más raros⁹⁻¹². La existencia de vómitos biliosos y dilatación gástrica sugieren una obstrucción alta, mientras que la distensión abdominal y los

vómitos fecaloideos nos orientan a una obstrucción más baja¹³. La duración de los síntomas a menudo es prolongada, siendo los mismos de carácter intermitente^{2, 12}.

La ictericia es rara, ocurriendo en menos del 15% de los pacientes⁵.

El diagnóstico en ocasiones puede ser controvertido, ya que aunque en un 25%-75% está precedido de un cuadro de colecistitis aguda, puede ocurrir en pacientes sin antecedentes de enfermedad biliar previa^{14, 15}, y las alteraciones analíticas del íleo son inespecíficas. Más de la mitad de los pacientes presentan antecedentes sugestivos de colelitiasis^{2, 15}.

En los estudios de laboratorio pueden observarse leucocitosis y alteraciones hidroelectrolíticas ácido base y de la función renal, y con menor frecuencia alteraciones de las pruebas hepáticas y elevación de la amilasa plasmática¹⁴.

Es importante la realización de una radiografía simple de abdomen, en la que se pueden poner de manifiesto signos de obstrucción intestinal. En un 35% de los pacientes se presenta la triada de Rigler: obstrucción intestinal parcial o completa, aire en la vía biliar y visualización directa del cálculo¹⁶.

No obstante, a pesar de que la radiografía nos pueden orientar hacia el diagnóstico, es la Tomografía Axial Computerizada (TAC) la mejor técnica radiológica para establecer el mismo e identificar el cálculo en el 75% de los pacientes^{5, 15, 17}.

En cuanto al tratamiento, se basa fundamentalmente en la extracción del cálculo impactado, lo cual puede hacerse vía endoscópica, si la litiasis está impactada en lugar accesible para el endoscopista, como es el duodeno, lo que se conoce como Síndrome de Bouveret, o el colon¹⁸; o bien por cirugía. En el caso de existir una fístula como origen del cuadro, el cierre de la misma y la colecistectomía pueden realizarse en el mismo acto quirúrgico o bien en dos tiempos⁵, dependiendo de la situación clínica del paciente.

La estrategia terapéutica elegida dependerá de factores como: la edad del paciente, su situación clínica, comorbilidades, la localización de los cálculos, el tamaño de los mismos y la existencia y situación de la fístula⁵.

Conclusiones

El íleo biliar es una causa infrecuente de obstrucción intestinal que suele afectar a personas de edad avanzada. Cursa con un cuadro de obstrucción intestinal y su diagnóstico suele realizarse mediante una prueba de imagen, normalmente la TAC, y cuyo tratamiento definitivo puede ser tanto endoscópico como quirúrgico, presentando el paciente generalmente una buena evolución.

Bibliografía

1. Chou JW, Chang HH, Kuan FL. Gallstone ileus: report of two cases and review of the literature. *World J Gastroenterol* 2007; 13(8): 821-25.
2. Galiano Gil JM, Pacheco Ferrer O, Rodríguez Morris A, González de la Paz D, Gárcigas Y. Íleo biliar. *Arch Cir Gen Dig*. 8 Jun. 2007. Disponible en: <http://www.cirugest.com/htm/revista/2007/11/2007-06-08.htm>
3. Keaveny AP, Afdhal NH, Bowers S. Uptodate, Chen W (Ed), UpToDate, Waltham, MA. (Accessed on Dec 5, 2015. Last edited Nov 11, 2015).
4. García-Marín A, Pérez-López M, Pérez-Bru S, Compañ-Rosique A. Íleo biliar, causa poco frecuente de obstrucción intestinal. *Rev Gastroenterol Mex*. 2014; 79:211-3.
5. 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 la literatura. *Rev Col Gastroenterol*, Bogotá 2010; 25(1):86-93.
6. Hirosawa-Oishi T, Rosas Salas CV, Kimura-Fujikami Y, Velasco Ospina C, Obstrucción intestinal secundaria a íleo biliar. *Rev Gastroenterol Mex* 2002; 67 (1): 34-36.
7. Iancu C, Bodea R, Hajjar NA. Bouveret's Syndrome Associated with Acute Gangrenous Cholecystitis. *J Gastrointest Liver Dis* 2008; 17(1): 87-90.
8. Bhamra JK, Ogre JW, Lee T, Fisher WE, Bouveret's syndrome. *Surgery* 2002; 132 (1): 104-105.
9. Kasahara Y, Umemura H, Shiraha S. Gallstone ileus: Review of 112 patients in the Japanese literature. *Am J Surg* 1980; 140: 437-440.
10. Chong KA, Leong YP. Gastric outlet obstruction due to gallstones (Bouveret's syndrome). *Postgrad Med J* 1987; 63: 909-910.
11. Rodríguez-Hermosa JI. Síndrome de Bouveret: descripción de 5 casos. *Cir Esp*. 2004;76(4):256-260.
12. Castro S. Cartas al director: Síndrome de Bouveret. *Cir Esp*. 2006;79(3):193-195.
13. Cabrera Cardenas F. A. et al. Íleo biliar. *Rev Cub Med Mil*. 2011; 40 (1): 56-62.
14. Ayantunde AA, Agrawal A. Gallstone ileus: diagnosis and management. *World J Surg* 2007; 31: 1292-97.
15. Masannat Y, Caplin S, Brown T. A rare complication of a common disease: Bouveret syndrome, report of a case. *World J Gastroenterol*. 2006;12(16):2620-1.
16. Rigler et Al. Gallstone obstruction: Pathogenesis and roentgen manifestation. *J Am Med A* 1941; 117: 1753-59.
17. Gelbman A. Clinical quiz. Gallstone ileus with cholecystocolonic fistula. *Emerg Radiol*. 2006 May;12(4):199-200.
18. Jen-Wei C, Chang-Hu H, Kuan-Fu L, Hsueh-Chou L, Ken-Sheng C, Cheng-Yuan P, Mei-Due Y, Yung-Fang C, Gallstone ileus: Report of two cases and review of the literature. *World J Gastroenterol* 2007; 13 (8): 1295-1298.