

## Casos clínicos

# COLICO BILIAR Y ESTREÑIMIENTO EN MUJER DE 75 AÑOS

Vida Pérez L.<sup>1</sup>, Soto Escribano P.<sup>2</sup>, Cerezo Ruiz A.<sup>3</sup>, Castillo Molina L.<sup>4</sup>, Jiménez Sánchez J.R.<sup>5</sup>, Vignote Alguacil M.L.<sup>6</sup>, García Sánchez V.<sup>7</sup>, De Dios Vega J.F.<sup>8</sup>

Médicos Internos Residentes de Aparato Digestivo<sup>1,2,3,4</sup>. Facultativos Especialistas de Área de Aparato Digestivo<sup>5,6,7</sup>. Jefe de Servicio de Aparato Digestivo<sup>8</sup>.  
Unidad de Gestión Clínica de Aparato Digestivo. Hospital Universitario Reina Sofía.

## Resumen

El íleo biliar es una entidad rara que provoca entre 1-4% de los casos de obstrucción intestinal mecánica. Suele ocurrir en pacientes ancianos, con predominio por el sexo femenino y puede alcanzar altas tasas de mortalidad. El diagnóstico precoz puede reducir la misma. El tratamiento de elección es la cirugía. Se expone a continuación el caso de una paciente de 75 años con un cuadro clínico de una semana de evolución en forma de dolor en hemiabdomen superior derecho acompañado de náuseas, vómitos y estreñimiento. Las imágenes de las radiografías simples practicadas sugerían obstrucción intestinal. Posteriormente mediante ecografía abdominal se objetivó la presencia de una vesícula patológica litiasica con gas en su interior. Ante el diagnóstico de sospecha de íleo biliar se realizó una laparotomía exploradora urgente en la que se extrajo un cálculo de gran tamaño procedente de yeyuno medio, causa de la obstrucción. Inspirado en este caso realizamos una revisión bibliográfica de la literatura acerca del enfoque diagnóstico y terapéutico del íleo biliar.

Palabras clave: Fístula bilio-entérica. Obstrucción intestinal. Íleo biliar.

## Abstract

*Biliary ileus is a rare disease that causes between 1 and 4% of mechanical bowel obstruction and is produced by a bilio-enteric fistulae. It affects old people with a predominance towards female gender (3, 5-6:1) and could produce high rates of mortality. Early diagnosis could improve this high mortality rate. The idoneus treatment is surgery. So, early diagnosis and treatment are essential. In the following article we have presented a case report of a 75 year old patient with a one week history of nausea, vomiting and constipation. Plain X-rays images suggest bowel obstruction. Afterwards, by an ultrasonography was observed an abnormal gall bladder with gallstones and intestinal gas. With the suspicion of biliary ileus, an urgent laparotomy was carried out and the large size gallstone, that had caused the obstruction, was removed. Based on this case, we made a bibliographic revision of the*

*literature about the diagnosis and treatment management of biliary obstruction.*

*Key words: Bilio-enteric fistulae. Bowel obstruction. Biliary ileus.*

## Introducción

Las causas de obstrucción intestinal mecánica de intestino delgado incluyen cálculos biliares, cuerpos extraños, bezóares, tumores, adherencias, bridas, malformaciones congénitas, intususpecciones y vólvulos. La obstrucción provocada por la impactación de un cálculo biliar se denomina íleo biliar y es una infrecuente pero grave complicación de la colelitiasis. Produce alrededor de 1-4% de todos los casos de obstrucción intestinal mecánica pero hasta un 25% de las que ocurren en pacientes de más de 65 años con un predominio por el sexo femenino (3,5-6:1), por lo que debe ser tenido en cuenta en el diagnóstico diferencial de las obstrucciones intestinales. La morbilidad y mortalidad son elevadas por dos causas: el retraso en el diagnóstico y los errores diagnósticos. Por ello el diagnóstico temprano y un tratamiento precoz son esenciales. Se expone a continuación el caso de una paciente con íleo biliar.

## Observación clínica

Mujer de 75 años que acudió al servicio de Urgencias por presentar dolor abdominal de tipo cólico de 48 horas de evolución, localizado en hipocondrio derecho y epigastrio con referencia a la espalda; se acompañó además de vómitos de carácter bilioso y ausencia de deposiciones desde 5 días antes del ingreso. La paciente permaneció afebril y anictérica.

Entre sus antecedentes personales destacaban un Síndrome ansioso-depresivo que controla con medicación.

En sus antecedentes quirúrgicos se encuentran histerectomía con doble anexectomía y hemorroidectomía.

La paciente presentaba un buen estado general, nivel de conciencia y orientación conservados, se encuentra afebril, anictérica, sin signos de deshidratación cutáneo-mucosa y con sobrepeso. En la auscultación cardiorrespiratoria, tonos cardíacos rítmicos con adecuada frecuencia y sin soplos ni ruidos, el murmullo vesicular aparece conservado sin encontrarse ruidos sobreañadidos. Por otro lado el abdomen es globuloso, con cicatriz infraumbilical, doloroso a la palpación en hipocondrio y flanco derechos sin signos de irritación peritoneal, no se palpan masas ni visceromegalias. El peristaltismo intestinal estaba aumentado.

Las exploraciones complementarias practicadas fueron las siguientes:

**a) Analítica general** en la que se encontró una leucocitosis de 13200/mm<sup>3</sup> con 73% de neutrófilos, glucemia de 225 mg/dl, función renal levemente afectada con una urea de 188 mg/dl y creatinina de 1.5 mg/dl, bilirrubina total de 1.1 mg/dl, AST de 81 mg/dl, ALT 148 mg/dl, fosfatasa alcalina 125 mg/dl y GGT 34 mg/dl, proteínas totales 8.5 y PCR 25.1. El resto de parámetros analizados incluida la coagulación se encontraron dentro de los límites normales.

- Radiografía simple de abdomen en bipedestación que muestra dos asas de intestino delgado dilatadas y con edema de pared situadas en hipocondrio /flanco izquierdo (probablemente yeyuno), e imagen de densidad aire en el área de localización teórica de la vesícula biliar (**imagen 1**).

**b) Ecografía abdominal.** Vesícula pequeña con una litiasis en su interior, vista parcialmente por lo que parece haber aire en su interior. La vía biliar principal es de calibre normal sin defectos de repleción en su interior. Se aprecian asas de intestino delgado dilatadas de hasta 4 centímetros de calibre con edema de pared, abundante contenido líquido y marcado peristaltismo.

Así pues se decide ingreso hospitalario con la sospecha clínica de cólico e íleo biliar. Se planteó tratamiento conservador con la aplicación de sonda nasogástrica a caída libre y analgesia con antiinflamatorios no esteroideos y mórnicos sin embargo desde el principio, presenta un mal control de dolor y ausencia de deposiciones así como náuseas y vómitos incoercibles. Así pues a las 24 horas de su ingreso se decidió intervención quirúrgica urgente con laparotomía exploradora donde se halló una dilatación de intestino delgado hasta la zona de yeyuno medio donde se encontró un cuerpo extraño, procediéndose a la enterotomía con extracción de un cálculo de 8 centímetros, de color parduzco y consistencia dura y que parecía ser resultado del molde vesicular (**imagen 2**).

Tras la intervención presenta una evolución favorable y no se han documentado complicaciones postquirúrgicas.

## Discusión

El íleo biliar es una causa importante aunque infrecuente de obstrucción intestinal mecánica. Suele afectar a personas de edad avanzada que suele tener además impor-

tante patología asociada. Se produce por la impactación de un cálculo biliar en el íleon tras haberse formado una fístula bilio-entérica. Suele ser de diagnóstico tardío. El objetivo principal del tratamiento debe ser la extracción del cálculo tras estabilizar al paciente. Aún hoy día se asocia a una importante morbimortalidad.

Ocurre en menos del 0,5% de los pacientes con colelitiasis. Es responsable aproximadamente del 1-4% de todos los casos de obstrucción intestinal mecánica y en pacientes mayores de 65 años provoca alrededor del 25% de las obstrucciones intestinales no estranguladas<sup>1</sup>. Debe ser tenido siempre en cuenta en el diagnóstico diferencial de las obstrucciones intestinales. Hay un predominio por el sexo femenino (3-16:1)<sup>2</sup>.

El medio habitual de entrada del cálculo a nivel intestinal suele ser el de una fístula bilio-entérica que complica el 2-3% de todos los casos de colelitiasis con episodios asociados de colecistitis. El 60% son fístulas colecistoduodenales pero las colecistocolónicas y las colecistogástricas también pueden producirlo<sup>3</sup>. Cuando la obstrucción se produce a nivel gástrico por impactación del cálculo a nivel de duodeno o píloro, se denomina Síndrome de Bouveret.

La inflamación pericolecística tras la colecistitis conduce al desarrollo de adherencias entre los sistemas biliar y entérico. La presión que el cálculo realiza sobre la pared vesicular provoca erosión y formación de fístula. Además se han documentado casos de íleo biliar tras esfinterotomía endoscópica<sup>4</sup>.

El cálculo suele aumentar de tamaño conforme va avanzando por el intestino debido a la sedimentación del contenido intestinal. El 90% son mayores de 2 cm de diámetro<sup>5</sup>. Del 50 al 70% impactan en el íleon que es el segmento más estrecho del intestino. La obstrucción colónica sólo ocurre cuando hay patología previa como estenosis post-diverticulitis.

La presentación clínica típica es como una obstrucción intestinal subaguda en una mujer añosa. Se produce dolor abdominal y vómitos que aparecen intermitentemente según la progresión del cálculo. Por ello los síntomas pueden estar presentes desde hace varios días previos al ingreso. La duración media de la sintomatología es de unos 5 días<sup>2</sup> como en nuestro caso, con clínica insidiosa de varios días. Ocasionalmente puede producirse hematemesis por hemorragia en el lugar de la fístula. Pueden aparecer tanto fiebre como deshidratación, distensión y aumento del peristaltismo intestinal. La ictericia es infrecuente (<15%). En un 20% de los casos puede haber signos compatibles con colecistitis aguda<sup>6</sup>.

El diagnóstico puede sospecharse por una radiografía simple. Sin embargo el diagnóstico es preoperatorio en sólo la mitad de los pacientes. Las alteraciones analíticas son inespecíficas: leucocitosis, alteraciones hidroelectrolíticas por la deshidratación y aumento de las transaminasas.

Los hallazgos más importantes en la radiografía simple de abdomen son: signos de obstrucción intestinal parcial o completa, aerobilia, visualización directa del cálculo (<15% por ser la mayoría radiolúcidos o estar ocultos por gas o estructuras óseas).

Se pueden usar estudios dinámicos con contraste



**Imagen 1**

Radiografía simple de abdomen en la que aprecian dos asas de intestino delgado con edema de pared y dilatadas a nivel de hipocondrio/flanco izquierdo (probablemente yeyunales).



**Imagen 2**

Imagen del cálculo de 8 cm extraído mediante enterotomía. Su forma recuerda a la de la vesícula biliar.

radiopaco para detectar el nivel de la obstrucción así como la presencia de la fístula.

La ecografía puede demostrar fístulas, aerobilia, cálculos impactados, colelitiasis residual, y colédocolitis<sup>7</sup>.

La TC abdominal puede demostrar la vesícula engrosada, aerobilia, obstrucción intestinal, y cálculos impactados<sup>9-11</sup>. La escintigrafía vesicular (HIDA) puede revelar la perforación de la vesícula pero como en la ecografía es relativamente insensible, detectando sólo el 50% de las perforaciones<sup>12</sup>.

La endoscopia es de uso limitado en este contexto. Sólo tiene cabida para demostrar un cálculo impactado a nivel de duodeno (Bouveret). La CPRE puede mostrar una fístula en la vesícula biliar.

Así pues es precisa una historia clínica precisa para establecer el diagnóstico precoz, otorgando gran importancia a la alteración del hábito intestinal.

El tratamiento se basa en un diagnóstico precoz y en la resolución de la obstrucción intestinal tras una adecuada reposición hidroelectrolítica. El papel más controvertido del tratamiento es la cirugía biliar. Las opciones incluyen: enterolitotomía, colecistectomía, y visualización de la fístula biliar con/sin exploración de la vía biliar principal (en acto único), con reparación definitiva realizada en un segundo acto (acto en dos etapas)<sup>1, 2, 5</sup>.

La enterolitotomía debe realizarse a lo largo del borde antimesentérico proximal al punto de impactación<sup>3</sup>. La manipulación de los cálculos a través de ciego se han asociado a daños mucosos y serosos por lo tanto no deben realizarse de rutina<sup>2</sup>. Se debe revisar el intestino completamente en busca de más cálculos, lo que ocurre del 3-16% de los casos. La presencia de cálculos afacetados o cilíndricos aumenta la posibilidad de que haya más cálculos.

La intervención quirúrgica en acto único reduce la incidencia de íleos biliares recurrentes (17% de los pacientes tratados únicamente con enterolitotomía) y pudiera prevenir las colecistitis, colangitis, y carcinoma de vesícula. Éste último está presente en hasta un 15% de los pacientes con fístulas bilioentéricas.

Según estudios recientes, la colecistectomía sola no protege a los pacientes de recurrencia del íleo biliar por dos razones: los cálculos de la vía biliar principal pueden migrar distalmente y producir obstrucción intestinal; y porque los cálculos no visualizados dentro del intestino pueden volver a provocar nuevas obstrucciones.

Las fístulas bilioentéricas pueden cerrarse espontáneamente, especialmente si el conducto cístico está indemne y no hay cálculos residuales.

Hay que tener en cuenta la edad y patología asociada que por regla general suelen tener estos pacientes, de manera que cuanto más tiempo dure la intervención y la anestesia más complicaciones potenciales pueden ocurrir. La mortalidad global oscila entre 4,5 y 25% de los casos y es de 5 a 10 veces mayor que cualquiera de las otras causas de obstrucción intestinal mecánica.

Se debe recurrir a los tratamientos no quirúrgicos en pacientes con alto riesgo quirúrgico. Entre ellos destacan la litotripsia extracorpórea y electrohidráulica<sup>8, 14, 16</sup>. Sin embargo esta técnica está muy dificultada por la presencia de gas intestinal.

También se ha intentado la retirada endoscópica<sup>17</sup> de los cálculos, sin embargo la cirugía sigue siendo el tratamiento recomendado.

## Bibliografía

1. Reisner, RM, Cohen, JR. Gallstone ileus: A review of 1001 reported cases. *Am Surg* 1994; 60:441.
2. Clavien, PA, Richon, J, Burgan, S, et al. Gallstone ileus. *Br J Surg* 1990; 77:737.
3. Van Hillo, M, van der Vliet, JA, Wiggers, T, et al. Gallstone obstruction of the intestine: An analysis of ten patients and a review of the literature. *Surgery* 1987; 101:273.
4. Despland, M, Clavien, PA, Mentha, G, et al. Gallstone ileus and bowel perforation after endoscopic sphincterotomy. *Am J Gastroenterol* 1992; 87:886.
5. Deitz, DM, Standage, BA, Pinson, CW, et al. Improving the outcome in gallstone ileus. *Am J Surg* 1986; 151:572.
6. Moss, JF, Bloom, AD, Mesleh, GF, et al. Gallstone ileus. *Am Surg* 1987; 53:424.
7. Lasson, A, Loren, I, Nilsson, A, et al. Ultrasonography in gallstone ileus: A diagnostic challenge. *Eur J Surg* 1995; 161:259.
8. Sackmann, M, Holl, J, Haerlin, M, et al. Gallstone ileus successfully treated by shock-wave lithotripsy. *Dig Dis Sci* 1991; 36:1794.
9. Seal, EC, Creagh, MF, Finch, PJ. Gallstone ileus: A new role for abdominal computed tomography. *Postgrad Med J* 1995; 71:313.
10. Lassandro, F, Gagliardi, N, Scuderi, M, et al. Gallstone ileus analysis of radiological findings in 27 patients. *Eur J Radiol* 2004; 50:23.
11. Lassandro, F, Romano, S, Ragozzino, A, et al. Role of helical CT in diagnosis of gallstone ileus and related conditions. *AJR Am J Roentgenol* 2005; 185:1159.
12. Swayne, LC, Filippone, A. Gallbladder perforation: Correlation of cholescintigraphic and sonographic findings with the Niemer classification. *J Nucl Med* 1990; 31:1915.
13. Montgomery, A. Laparoscopic-guided enterolithotomy for gallstone ileus. *Surg Laparosc Endosc* 1993; 3:310.
14. Fujita, N, Noda, Y, Kobayashi, G, et al. Gallstone ileus treated by electrohydraulic lithotripsy. *Gastrointest Endosc* 1992; 38:617.
15. Bourke, MJ, Scheider DM, Haber, GB. Electrohydraulic lithotripsy of a gallstone causing gallstone ileus. *Gastrointest Endosc* 1997; 45:521.
16. Meyenberger, C, Michel, C, Metzger, U, Koelz, HR. Gallstone ileus treated by extracorporeal shockwave lithotripsy. *Gastrointest Endosc* 1996; 43:508.
17. Oakland, DJ, Denn, PG. Endoscopic diagnosis of gallstone ileus of the duodenum. *Dig Dis Sci* 1986; 31:98.