

ÍLEO BILIAR, CAUSA POCO FRECUENTE DE OBSTRUCCIÓN INTESTINAL

GALLSTONE ILEUS, AN UNCOMMON CAUSE OF BOWEL OBSTRUCTION

C. San Juan-López, A. Barrientos-Delgado, M. Lázaro-Sáez, S. Hallouch-Toutouh, E. Práxedes-González, I. Moreno, J.L. Vega-Sáenz

Centro Hospitalario Torrecárdenas. Almería.

Resumen

El íleo biliar es una obstrucción intestinal de causa mecánica debido a la impactación de uno o más cálculos biliares en el tracto gastrointestinal, secundaria a una fístula biliodigestiva (sobre todo fístula colecistoduodenal). El íleo biliar es una causa infrecuente de oclusión intestinal (1-4%), con una morbimortalidad asociada elevada (entre el 12 y el 27%) en relación con la edad avanzada y las comorbilidades.

Presentamos el caso de una mujer de 73 años que ingresa por cólico biliar complicado con íleo biliar por fístula colecistoduodenal.

Palabras clave: colelitias, íleo biliar, obstrucción intestinal, fístula colecistoduodenal.

Abstract

Biliary ileus is an uncommon cause of mechanical bowel obstruction, that is caused by intestinal impaction of a gallstone that enters the bowel via a bilio digestive fistula (especially cholecystoduodenal fistula). Biliary ileus is an uncommon cause of intestinal occlusion (1-4%), with a considerable mortality rate, ranging between 12 and 27%, and it affects mainly older adult patients who often have other significant medical conditions.

We show the case of a 73 year old woman who is admitted to our hospital because a complicated biliary colic with biliary ileus for a cholecystoduodenal fistula.

Keywords: cholelithiasis, bi ileus, bowel obstruction, cholecystoduodenal fistula.

CORRESPONDENCIA

Cristina San Juan López
Centro Hospitalario Torrecárdenas
C/ Felipe II, 64 - Almería
csanjuan379@gmail.com

Fecha de envío: 09/09/2017
Fecha de aceptación: 24/09/2017

Caso clínico

Mujer de 73 años con estenosis aórtica severa que ingresa en Digestivo por dolor abdominal epigástrico e irradiado hacia hipocondrio derecho con vómitos biliosos, sin fiebre. Analítica con perfil hepático normal y leve insuficiencia renal.

En la ecografía abdominal se evidenciaba colelitiasis sin signos inflamatorios locales, sin dilatación de la vía biliar, aunque sí con aerobilia. La colangiografía magnética sugería la presencia de una solución de continuidad entre la vesícula y el duodeno además de una distensión gástrica y dilatación de asas intestinales compatible con íleo biliar, lo cual fue finalmente confirmado mediante TAC abdominal (**Figura 1**). Ante la persistencia de la clínica, la paciente fue intervenida en dos ocasiones con confirmación intraoperatoria de fístula colecistodudeonal y migración de varias litiasis biliares al intestino delgado (**Figura 2**).

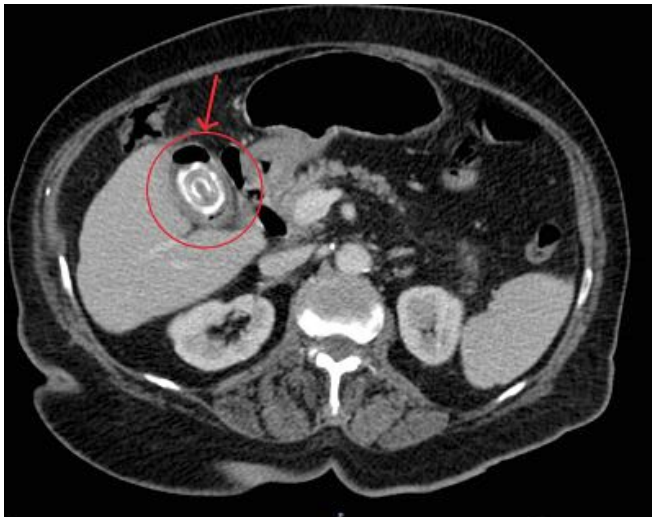


Figura 1

Se muestra gas en la vesícula y una litiasis de gran tamaño en su interior.



Figura 2

Litiasis de origen biliar en asa de delgado, con moderada distensión de asas de intestino compatibles con íleo biliar.

La evolución postoperatoria de la paciente fue tórpida con inestabilidad hemodinámica y fracaso renal agudo que desencadenó el fallecimiento de la misma.

Discusión

El íleo biliar es una causa rara de oclusión intestinal y una complicación poco frecuente de la colelitiasis. Aparece fundamentalmente en mujeres por encima de los 60 años.

La imagen diagnóstica característica en la radiografía de abdomen es la tríada de Rigler (sólo en un 15% de los casos), que comprende la dilatación de asas intestinales proximales con niveles hidroaéreos, neumobilia e imagen de cálculo calcificado. La ecografía abdominal y el TAC abdominal confirman estos hallazgos y aumentan la sensibilidad diagnóstica hasta un 80%.

El pilar fundamental del tratamiento es el soporte hidroelectrolítico, ya que tal y como presentaba nuestra paciente, la mayor parte de los casos tienen desequilibrio hidroelectrolítico y fracaso renal agudo en el momento del diagnóstico. El manejo quirúrgico del íleo biliar es controvertido optándose por la enterotomía o la resección intestinal con extracción del cálculo; en ambos casos acompañado del cierre de la fístula biliar y la realización de colecistectomía, todo ello no exento de complicaciones asociadas.

Bibliografía

1. Bakhshi GD, Chincholkar RG, Agarwal JR, Gupta MR, Gokhe PS, Nadkarni AR. Gallstone Ileus: Dilemma in the Management. Clin Pract. 2017 Aug 1;7(3):977.
2. D. Martínez-Ramos, J.M. Daroca-José, J. Escrig-Sosíleo biliar: opciones terapéuticas y resultados en una serie de 40 casos Rev Esp Enferm Dig, 101 (2009), pp. 117-124.
3. A. A. Ayantunde, A. Agrawal Gallstone ileus: diagnosis and management World J Surg, 31 (2007), pp. 1292-1297.
4. D.J. Rojas-Rojas, J.L. Martínez-Ordaz, T. Romero-Hernández Biliary ileus: 10-year experience. Case series Cir Cir, 80 (2012), pp. 228-232.
5. Kreve F, Takada J, Gatto J, Loss FS, Artifon ELA. Biliary ileus: case report. Rev Gastroenterol Peru. 2017 Apr-Jun;37(2):173-176.