

ÍLEO BILIAR COMO CAUSA INFRECUENTE DE OBSTRUCCIÓN INTESTINAL. TRATAMIENTO QUIRÚRGICO.

Gallstone ileus as an infrequent cause of small bowel obstruction and its surgical treatment.

Vergara Morante T, Cabello Calle G, Gallart Aragón T, Mirón Pozo B
HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO SAN CECILIO. GRANADA.

Resumen

La litiasis biliar es una causa infrecuente de obstrucción intestinal mecánica, con una prevalencia del 4% en la población general, que aumenta hasta el 25% en pacientes mayores de 65 años, afectando en mayor proporción a mujeres. Presentamos cinco casos de pacientes con íleo biliar tratados en nuestro centro en los últimos cinco años, realizándose o bien enterotomía sobre la zona afectada con posterior sutura primaria de la misma para la extracción del cálculo, o bien resección segmentaria del fragmento de intestino delgado donde se alojaba la litiasis por presentar signos de complicación (perforación, isquemia, ...).

Palabras clave: íleo biliar, cirugía, obstrucción intestinal, enterotomía.

CORRESPONDENCIA

Teresa Vergara Morante / t.vergaramorante@gmail.com

Hospital Clínico Universitario San Cecilio - 18016 Granada.

Fecha de envío: 22/08/2022 - Fecha de aceptación: 10/10/2022

Abstract

Biliary lithiasis is an infrequent cause of mechanical intestinal obstruction, with a prevalence of 4% in the general population, which increases to 25% in patients over 65 years of age, affecting women in a higher proportion. We present five cases of patients with biliary ileus treated in our center in the last five years, with either enterotomy over the affected area with subsequent primary suture for stone extraction, or segmental resection of the small bowel fragment where the lithiasis was lodged due to signs of complication (perforation, ischemia, ...).

Keywords: gallstone ileus, small bowel obstruction, enterotomy.

Introduction

El íleo biliar (IB) es una complicación poco común de la coleditiasis, que se ha descrito como una obstrucción intestinal mecánica debida a la impactación de uno o más cálculos procedentes de la vía biliar dentro del tracto gastrointestinal¹.

Es causado por el paso de un cálculo biliar desde los ductos biliares hacia la luz intestinal por medio de una fístula. En la mayoría de los casos (75-83%) dicha fístula se localiza entre la vesícula y duodeno². Una vez que el cálculo biliar está dentro de la luz intestinal, puede obstruir cualquier parte del tracto gastrointestinal, pero el lugar más común es en el íleon terminal (50-60,5%)³. El IB ocurre en el 0,15-1,5% de los pacientes con colelitiasis, y la tasa de recurrencia es del 5-8%. Suele ser más prevalente en mujeres y la edad de presentación suele estar por encima de los 65 años de edad⁴. Es importante saber que el IB es causa de la obstrucción del intestino delgado en menos del 4% de los pacientes menores a los 65 años de edad, pero incrementa a un 25% en los pacientes mayores a los 65 años de edad⁴.

Presentamos una serie de casos diagnosticados de IB y tratados quirúrgicamente en nuestro centro durante los últimos 5 años y llevamos a cabo una revisión sobre los últimos artículos publicados respecto al tema y actualizaciones respecto a su manejo, diagnóstico y tratamiento.

Material y métodos

Utilizamos una muestra de los cinco pacientes intervenidos en nuestro centro en los últimos cinco años debido a esta patología. En estos pacientes se estudiaron sus datos demográficos, las características del proceso diagnóstico, y las cirugías que se realizó a los mismos. Se utilizó la herramienta SPSS v.25 para el manejo estadístico de la información.

Resultados

Nuestra muestra consta de los últimos pacientes (n=6) intervenidos por IB en nuestro centro durante los últimos cinco años (2016-2021), con edades comprendidas entre los 60 y los 90 años (ME: 81,16 años DE: 10,89 años).

El diagnóstico en todos los casos se produjo desde Urgencias, al realizar pruebas de imagen durante el estudio de un cuadro obstructivo. Los síntomas más frecuentes por orden de frecuencia fueron: dolor abdominal (n=6), náuseas y vómitos (n=6), distensión abdominal (n=5), y ausencia de tránsito intestinal (n=4). El tiempo medio de evolución de la clínica fue de 3,83 días (DE: 1,21 días). Sólo dos de los pacientes habían presentado en el pasado cólicos biliares. Ninguno de ellos había presentado colecistitis, colangitis, o coledocolitiasis.

En todos los casos se realizó tomografía computerizada (TC) con contraste intravenoso, confirmando el diagnóstico de forma radiológica. En estas pruebas de imagen se evidencian litiasis de 28,17mm de tamaño medio (DE: 5,76mm), localizadas en yeyuno (n=2) e íleon (n=4), provocando una dilatación retrógrada de asas de intestino delgado.

En dos de los casos, se habían hallado dichas litiasis en vesícula biliar en pruebas de imagen anteriores (FIGURA 1).

Se decidió realizar intervención quirúrgica de forma urgente en todos los casos. En cinco de los pacientes, se realizó enterotomía a nivel de la litiasis con posterior sutura

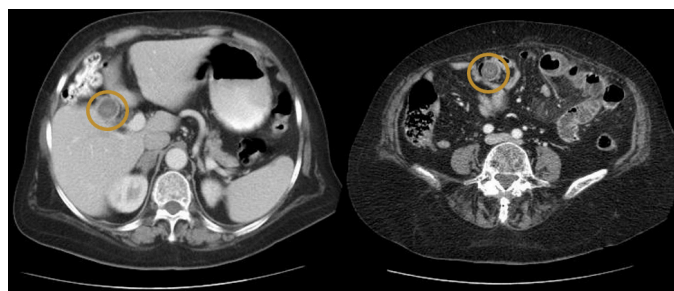


FIGURA 1

IZQUIERDA: TC (2014) CON HALLAZGO DE LITIASIS DE 30MM DE TAMAÑO EN VESÍCULA BILIAR. DERECHA: MISMO PACIENTE, TC (2017) CON HALLAZGO LA LITIASIS A NIVEL DE ÍLEON.



FIGURA 2

LITIASIS VESICAL EXTRAÍDA DE ÍLEON MEDIANTE ENTEROTOMÍA.

manual del defecto, previa exploración de cavidad abdominal, con abordaje mediante laparotomía media supra-infraumbilical (FIGURA 2).

En uno de los casos, se decidió la resección segmentaria de unos 10cm de íleon distal, con la litiasis en su interior, tras evidenciarse signos de microperforación en la exploración, siendo el abordaje igualmente mediante laparotomía media supra-infraumbilical.

En ningún caso se decidió tratamiento conservador. A todos los pacientes se les planteó la posibilidad de realizarse colecistectomía en un segundo tiempo.

Discusión

El IB es una obstrucción mecánica del tracto gastrointestinal y los síntomas clínicos variarán dependiendo del sitio de la obstrucción. El síndrome de Barnard ocurre cuando el cálculo obstruye a la válvula ileocecal. Solamente en el 2,5-4% de los pacientes se da el síndrome de Bouveret, el cual es el resultado del cálculo alojándose en el duodeno y bloqueando la salida gástrica^{5,6}. En menos del 5% de los pacientes la obstrucción se presenta a nivel de colon^{3,7}. Se debe considerar el IB como causa de obstrucción en pacientes

añosos, con antecedentes de cólicos biliares y síntomas de colecistitis aguda. Sin embargo, otras causas de obstrucción intestinal como adherencias, hernias complicadas y tumores abdominales deben estar incluidas en el diagnóstico diferencial de la causa de obstrucción⁸. En casos de obstrucción intestinal prevalecen la distensión abdominal, el dolor, vómitos, así como la ausencia de tránsito intestinal. La exploración física y las pruebas de laboratorio no suelen ser muy específicas. La TAC abdominopélvica con contraste iv suele ser la prueba diagnóstica de referencia con una sensibilidad superior al 90%^{1,4}.

El tratamiento quirúrgico del íleo biliar puede ser una enterolitotomía, sola, o cirugía en uno o dos tiempos⁸. La enterolitotomía es la extracción de un cálculo a través de una enterotomía, sin llevar a cabo más procedimientos para resolver la fístula o la enfermedad de la vesícula biliar. Esta técnica se lleva a cabo con mayor frecuencia que las otras, ya que logra el objetivo del tratamiento principal, que sería resolver la obstrucción intestinal, sin exponer al paciente a una cirugía más prolongada y con mayor índice de complicaciones.

La cirugía en un solo tiempo implica una colecistectomía con cierre de fístula y enterolitotomía. La cirugía en dos tiempos consiste en la enterolitotomía, sola, con colecistectomía en un segundo tiempo más reparación de la fístula⁹.

El manejo quirúrgico se mantiene como el abordaje estándar para el IB, dado que, con el tratamiento médico, la tasa de mortalidad incrementa a un 26,5%. Sin embargo, no hay una técnica quirúrgica definitiva estandarizada. El objetivo de la cirugía es la resolución inmediata de la obstrucción, que se logra con la enterolitotomía⁸. El factor pronóstico de mayor importancia al escoger el abordaje quirúrgico es la duración de la obstrucción intestinal. En los pacientes con un diagnóstico tardío, el objetivo del tratamiento primario debe ser la resolución precoz de la obstrucción intestinal mediante la enterolitotomía sola. Sin embargo, en pacientes estables más jóvenes, y en las manos de un cirujano calificado, la cirugía en un solo tiempo puede ser una opción. La estabilización preoperatoria es primordial, con especial interés al desequilibrio hidroelectrolítico y atendiendo a las comorbilidades de cada paciente¹.

La tasa de recurrencia después de un procedimiento de enterolitotomía suele ser menor de un 5%, pero también hay un riesgo de recurrencia en torno al 2% después de la cirugía en un solo tiempo⁴.

En conclusión, el establecer un algoritmo de diagnóstico para la obstrucción intestinal es un elemento fundamental para cada institución, ya que mejorará la precisión de diagnóstico y duración de la cirugía, brindando un mejor resultado para el paciente. El íleo biliar debe ser considerado en pacientes de edad avanzada y normalmente se suele presentar con comorbilidades asociadas. Se sugiere dados los últimos estudios publicados que entre las actuales opciones la enterolitotomía es la más segura para el manejo de íleo biliar.

Bibliografía

1. 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.
2. Inukai K. Gallstone ileus: a review. *BMJ Open Gastroenterology*. 2019 Nov 24;6(1)
3. Crosen M, Ghattas P, Sandhu R. Large bowel obstruction secondary to gallstones. *Journal of Surgical Case Reports*. 2021 May 1;2021(5).
4. Nuño-Guzmán CM. Gallstone ileus, clinical presentation, diagnostic and treatment approach. *World Journal of Gastrointestinal Surgery*. 2016;8(1):65.
5. Runyan B, Caparelli ML, Batey J, Allamaneni S, Perlman S. Bouveret syndrome: A series of cases that illustrates a rare complication of chronic cholelithiasis. *Annals of Hepato-Biliary-Pancreatic Surgery*. 2021 Feb 28;25(1):139–44.
6. Shah FA, Winkle SM, Truitt T, Guez G, Draper K. Bouveret Syndrome: A Rare Form of Gallstone Ileus. *Cureus*. 2021 Mar 22.
7. Creedon L, Boyd-Carson H, Lund J. A curious case of cololithiasis. *The Annals of The Royal College of Surgeons of England*. 2018 Sep;100(7):e188–90.
8. Salazar-Jiménez MI, Alvarado-Durán J, Fermín-Contreras MR, Rivero-Yáñez F, Lupian-Angulo AI, Herrera-González A. Gallstone ileus, surgical management review. *Cirugía y Cirujanos (English Edition)*. 2019 Jun 21;86(2).
9. Martín-Pérez J, Delgado-Plasencia L, Bravo-Gutiérrez A, Lorenzo-Rocha N, Burillo-Putze G, Medina-Arana V. Enterolitotomía más colecistectomía precoz, una aplicación de cirugía de control de daños para pacientes con íleo biliar. *Cirugía y Cirujanos*. 2015 Mar;83(2):156–60.