

ÍLEO BILIAR CON TRIADA DE RIGLER COMO PRESENTACIÓN INFRECUENTE

GALLSTONE ILEUS WITH RIGLER TRIAD AS AN INFREQUENT PRESENTATION

Garrido Márquez I, Gaitán Nievas DA, Miras Azcón F
HOSPITAL UNIVERSITARIO CLÍNICO SAN CECILIO. GRANADA.

Resumen

El íleo biliar es una causa poco frecuente de obstrucción intestinal mecánica, causada por el paso de un cálculo a través de la luz intestinal. Es una complicación rara de la colelitiasis y de difícil sospecha clínica en urgencias. Para su diagnóstico, las pruebas de imagen son fundamentales, comenzando por una radiografía simple que permitirá sospechar la obstrucción debido a la visualización de dilatación de asas y niveles hidroaéreos, y en ocasiones identificar el cálculo. En cambio, la tomografía computarizada con contraste intravenoso aportará el diagnóstico definitivo, en el que a veces se nos mostrará la característica triada de Rigler.

De esta manera, las pruebas de imagen son útiles para disminuir el retraso diagnóstico relacionado con mayor número de complicaciones, y permitirán un tratamiento precoz consistente en la extracción quirúrgica de la litiasis.

Palabras clave: íleo biliar, obstrucción intestinal, colecistectomía, abdomen agudo, tomografía computarizada.

Abstract

Gallstone ileus is an uncommon cause of mechanical intestinal obstruction, caused by the passage of a stone through the intestinal lumen. It is a rare complication of cholelithiasis and the difficulty of clinical suspicion in the emergency room. For the diagnosis, imaging tests are essential, starting with a simple X-ray that will allow the obstruction due to the visualization of loop dilation and air-fluid levels, and sometimes identify the stone. In return, computed tomography with intravenous contrast will lead to the definitive diagnosis, in which case we must show Rigler's characteristic triad.

In this way, imaging tests are useful to reduce the diagnostic delay related to a greater number of complications, and will allow an early treatment consisting of surgical extraction of the lithiasis.

CORRESPONDENCIA

Irene Garrido Márquez / igamar26@gmail.com

Hospital Universitario Clínico San Cecilio - 18016 Granada.

Fecha de envío: 01/03/2022 - Fecha de aceptación: 26/09/2022

Keywords: gallstone ileus, intestinal obstruction, cholecystectomy, acute abdomen, computed tomography.

Introduction

Presentamos un caso de una mujer de 87 años con deterioro cognitivo que acudió a urgencias por dolor abdominal resistente a analgesia, náuseas y vómitos, con PCR de 166 mg/l y leucocitosis de 10600 con neutrofilia del 86%. Se le realizó radiografía simple de abdomen en decúbito supino y bipedestación (FIGURA 1), donde se identificaba dilatación de asas, niveles hidroaéreos y ausencia de gas pélvico, signos sugerentes de obstrucción intestinal. Por tanto, se completó estudio con TC abdominopélvica con contraste intravenoso yodado en fase portal, confirmando la sospecha clínica. Se observó dilatación de asas provocada por una imagen cálcica de morfología ovoide y 3.5 cm localizada en un asa de yeyuno distal, así como una leve aerobilia asociada en radicales biliares izquierdos (FIGURA 2). Por tanto, se diagnosticó de obstrucción de intestino delgado secundaria a litiasis (íleo biliar).



FIGURA 1

RADIOGRAFÍA SIMPLE DE ABDOMEN EN DECÚBITO SUPINO (A) Y BIPEDESTACIÓN (B). SE OBSERVA LA CLÁSICA TRIADA DE RIGLER, CON DILATACIÓN DE ASAS DE INTESTINO DELGADO (FLECHA) QUE MUESTRAN NIVELES HIDROAÉREOS (CABEZA DE FLECHA), LITIASIS (ASTERISCO) Y AEROBILIA (FLECHA HUECA), HALLAZGOS SUGERENTES DE OBSTRUCCIÓN INTESTINAL. IGUALMENTE, NO SE VISUALIZA GAS EN PELVIS, LO CUAL APOYA LA SOSPECHA CLÍNICA.

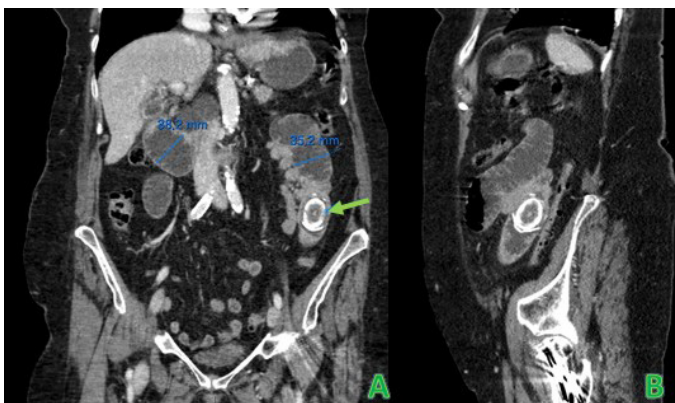


FIGURA 2

IMAGEN DE TC ABDOMINOPÉLVICA CON CONTRASTE INTRAVENOSO, CON CORTES CORONAL (A), SAGITAL (B) Y AXIAL (C). SE VISUALIZA IMAGEN DE 3.5 CM, MORFOLOGÍA OVOIDEA Y ALTO COEFICIENTE DE ATENUACIÓN (DE HASTA 500 UH) LOCALIZADA A NIVEL DE YEYUNO DISTAL, SUGERENTE DE LITIASIS (FLECHA VERDE). DICHA LITIASIS PROVOCA MARCADA DILATACIÓN DIFUSA PROXIMAL DE ASAS DE INTESTINO DELGADO, LAS CUALES MUESTRAN UN CALIBRE DE HASTA 3.8 CM, CON GROSOR Y REALCE PARIETAL CONSERVADO. ASOCIA LEVE AEROBILIA (FLECHA BLANCA), COMO HALLAZGO QUE COMPLETARÍA LA TRIADA DE RIGLER.

La paciente ingresó para cirugía urgente, llevándose a cabo enterotomía con extracción de la litiasis, con buena evolución postoperatoria.

Discusión

El íleo biliar es una complicación relativamente rara de colelitiasis y un tipo de íleo mecánico que implica la impactación de un cálculo biliar en el tracto intestinal. Ocurre en 0,15%-1,5% de casos de colelitiasis y en menos del 0,1% de los casos de íleo en general, siendo la tasa de recurrencia del 5% al 8%¹.

La edad promedio de presentación suele ser entre 60-70 años, con una predominancia del sexo femenino (relación 4 a 1)²; con una mortalidad asociada que oscila entre el 12 y el 27%, y una tasa de morbilidad que alcanza el 50%³, debido a la edad avanzada de los pacientes, la asociación con patologías graves y a un ingreso hospitalario y tratamiento tardíos.

En pacientes con íleo biliar, los cálculos biliares generalmente se eliminan a través de una fístula biliar interna, por lo que en la mayoría de los casos (75%-83%)¹, la ruta de eliminación es desde la vesícula biliar hasta el duodeno. Sin embargo, la eliminación puede ser de la vesícula biliar al colon o estómago, o en casos extremadamente raros, naturalmente a través del conducto biliar, lo que implica el paso de la vesícula biliar al conducto biliar común y posteriormente a la ampolla de Vater.

Dado que el íleo biliar condiciona una obstrucción mecánica del tracto gastrointestinal, el sitio donde la piedra se localice inducirá una variedad de escenarios clínicos. Por ejemplo, el síndrome de Barnard se produce cuando el cálculo obstruye la válvula ileocecal. Sólo el 3% de los pacientes tienen el síndrome de Bouveret, que es el resultado del alojamiento de piedra en el duodeno, obstruyendo la salida gástrica, y menos del 4,8% de los pacientes presentan obstrucción colónica³.

El inicio de la enfermedad puede ser agudo, subagudo o crónico, dado que también influye el tiempo transcurrido desde que la litiasis empieza a migrar hacia el tubo digestivo. No obstante, los síntomas más frecuentes de presentación de este cuadro son náuseas, vómitos, cólicos intestinales, distensión abdominal, dolor en cuadrante superior derecho, alteraciones del medio interno, deshidratación, fiebre e incluso, tardíamente, como abdomen agudo perforado².

Para su diagnóstico, las pruebas de imagen juegan un papel fundamental, dado que es imprescindible conocer la causa de la obstrucción y la localización del punto de cambio de calibre. La radiografía de abdomen es el primer estudio a realizar en toda sospecha de obstrucción intestinal, y en el caso del íleo biliar, los signos radiográficos diagnósticos conforman la denominada tríada de Rigler, caracterizada por la presencia de neumobilia, identificación del lito y distensión intestinal. Se considera que la presencia de dos de los tres signos es diagnóstica de íleo biliar^{2,4}. A pesar de esto, la sensibilidad y especificidad de la radiografía abdominal son bajas, pero pueden aumentar hasta un 74% si se asocia una ecografía

abdominal que objetive la presencia de litiasis vesiculares residuales y aerobilia².

Sin embargo, la prueba más accesible y determinante es la tomografía computarizada abdominal, puesto que la ecografía presenta la dificultad del gas intestinal para localizar adecuadamente el punto de obstrucción, hallazgo que nos permitirá visualizar la TC.

El tratamiento será principalmente quirúrgico, con el objetivo de la resolución inmediata de la obstrucción (la enterolitotomía, sola, logra esto). El factor pronóstico más importante en la elección del abordaje quirúrgico es la duración de la obstrucción intestinal³.

La tasa de mortalidad informada por Reisner et al. fue del 11,7% en pacientes sometidos a enterolitotomía sola (cirugía en dos tiempos) frente al 16,9 % en aquellos con colecistectomía asociada y cierre de fístula (cirugía en un tiempo)². Es por esto que la cirugía en dos tiempos se consideró la opción más conveniente². Sin embargo, la enterolitotomía sola tiene un 5% de recurrencia y debe indicarse solo en pacientes inestables con alto riesgo preoperatorio².

Conclusión

El íleo biliar es una entidad relativamente infrecuente, para cuyo diagnóstico las pruebas de imagen ayudan a identificar la causa y el lugar de la obstrucción. Debemos conocer sus formas de presentación y los signos radiológicos clásicos, para elaborar un informe adecuado que ayude al clínico a realizar un tratamiento precoz, cuyo objetivo principal será liberar la obstrucción.

Bibliografía

1. Inukai K. Gallstone ileus: a review. *BMJ Open Gastro* 2019;6:e000344. doi:10.1136/bmjgast-2019-000344.
2. López AE, Ortega EE, De Elías E, López FG. Íleo biliar. Una entidad que perdura en el tiempo. *Rev Argent Cirug* 2021;113(1):56-61.
3. Ploneda-Valencia CF, Gallo-Morales M, Rinchon C, Navarro-Muñiz E, Bautista-Lopez CA, de la Cerda-Trujillo LF, et al. Gallstone ileus: a review of the literature. *Gastroenterol. Méx.* 2017;82(3):248-254.
4. Brandariz-Gil L, Fernández-de-Miguel T, Perea J. Rigler triad in gallstone ileus. *Rev Esp Enferm Dig.* 2016;108(9):581-582.