

Notas clínicas

Íleo biliar, diagnóstico y tratamiento oportuno de una enfermedad infrecuente, a propósito de un caso clínico.

Gallstone Ileus, early diagnosis and treatment of an infrequent disease, a clinical case report.

Guillén Martínez EA¹, Castillo González J¹, García Córdova CE¹, Farell Rivas J¹, López Olivares R², López Garza MI³

¹Hospital Central Sur de Alta Especialidad Petróleos Mexicanos. México.

²Hospital Regional de Poza Rica Veracruz Petróleos Mexicanos. México.

³Hospital Ángeles del Pedregal. México.

RESUMEN

El íleo biliar es una emergencia quirúrgica que comúnmente pasa desapercibida debido a su baja incidencia, es necesaria una alta sospecha diagnóstica para realizar un abordaje y tratamiento oportuno. Se realizó una revisión bibliográfica sobre diagnóstico y tratamiento de esta entidad, para ejemplificarlo mediante caso clínico de un paciente femenino que se presenta con un cuadro de abdomen agudo, se somete a laparotomía exploradora evidenciando íleo biliar, por lo que se realiza enterolitomía. Existe discrepancia en la literatura en cuanto al manejo quirúrgico inicial de esta patología, especialmente si la enterolitomía se debe de asociar a resección de fístula biloenterica.

Palabras clave: Íleo biliar, oclusión intestinal, abdomen agudo, fístula biliar, fístula colecistoduodenal, colecistitis crónica.

ABSTRACT

Gallstone ileus is a surgical emergency that commonly goes unnoticed due to its low incidence, a high diagnostic suspicion is necessary to carry out a timely approach and treatment. A bibliographic review was carried out on the diagnosis and treatment of this entity, to exemplify it, through the clinical case of a female patient who presented with an acute abdomen, undergoes exploratory laparotomy showing gallstone ileus, for which enterolithotomy is performed. There is a discrepancy in the literature regarding the initial surgical management of this pathology, especially if the enterolithotomy must be associated with resection of a biloenteric fistula.

Key words: Gallstone Ileus, intestinal occlusion, acute abdomen, biliary fistula, cholecystoduodenal fistula, chronic cholecystitis.

INTRODUCCIÓN

El íleo biliar es una causa poco frecuente de oclusión intestinal mecánica ocasionada por el paso de un cálculo biliar hacia la luz intestinal¹⁻⁴. El lugar más común de impactación es el íleon distal y generalmente es un cálculo con un diámetro promedio de 2 a 2,5 cm⁵⁻⁷.

CORRESPONDENCIA

Edgar Alan Guillén Martínez
Hospital Central Sur de Alta Especialidad Petróleos
14140 Ciudad de México
edgar.guillenm@hotmail.com

XREF

CITA ESTE TRABAJO

Guillén Martíne EA, Castillo González J, García Córdova CE, Farell Rivas J, López Olivares R, López Garza MI. Íleo biliar, diagnóstico y tratamiento oportuno de una enfermedad infrecuente a propósito de un caso clínico. Cir Andal. 2022;33(1):26-30.

Representa del 0,3 al 0,5% de las complicaciones asociadas a la coledocistitis y forma parte del 1 al 4% de las causas de oclusión mecánica del intestino delgado en pacientes menores de 65 años, tiene una prevalencia de hasta un 25% como causa de oclusión en este grupo de edad 8-10. Predomina en el género femenino con una proporción de 3.5-6.1:1, presenta una morbilidad de hasta un 50% con una mortalidad del 12 al 27%, debido a la dificultad y retraso del diagnóstico, el cual se realiza hasta en un 50% de los casos de manera transoperatoria. Este factor conlleva a mayores complicaciones comparado a cuando se realiza de manera preoperatoria⁸⁻¹¹.

CASO CLÍNICO

Se trata de una paciente de 77 años, con antecedente de una cesárea e histerectomía total abdominal que se presenta a urgencias por presentar un cuadro de oclusión intestinal y abdomen agudo, refiere iniciar su padecimiento 72 horas previas a su ingreso, con dolor abdominal progresivo, náuseas, vómito de contenido gástrico, incapacidad para evacuar y canalizar gases.

A la exploración física se encuentra un abdomen distendido, peristalsis ausente y datos francos de irritación peritoneal, con dolor en fosa iliaca derecha, en los laboratoriales se encuentra leucocitosis a expensas de neutrofilia. Se realiza estudio radiográfico en el cual se encuentra asa fija en el cuadrante inferior izquierdo y datos de oclusión intestinal.

Se realizó laparotomía exploradora por presentar datos francos de abdomen agudo, donde se encuentra un apéndice cecal normal, asas de intestino delgado dilatadas con obstrucción mecánica del íleon a 100 centímetros del ángulo de Treitz (Figura 1), por lo que se realizó una enterotomía longitudinal a 20 centímetros del sitio de obstrucción (Figura 2) encontrando un cálculo biliar de 2x2 centímetros (Figura 3), el cual se extrae y se afronta de forma transversal con sutura monofilamento absorbible de larga duración 4-0.

Durante el periodo postoperatorio la paciente se encontró con adecuada evolución, tolerando la vía oral posteriormente canalizando gases y evacuando, por lo que se egresó del hospital 3 días posteriores a su cirugía.

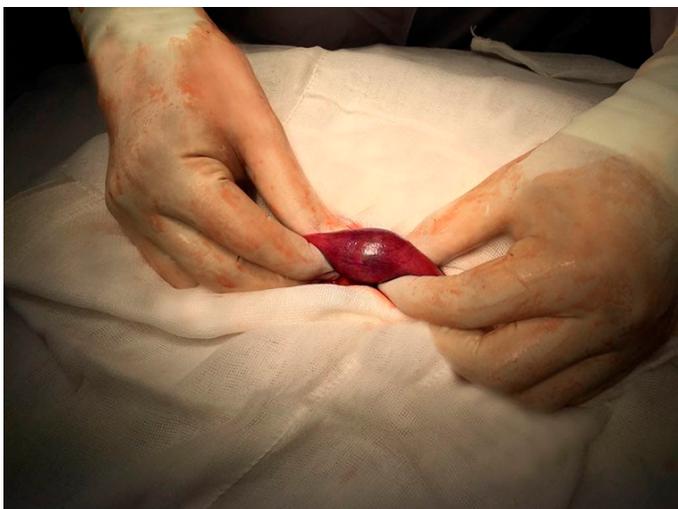


Figura 1
Lito biliar en intestino delgado.



Figura 2
Incisión longitudinal en borde antimesentérico.

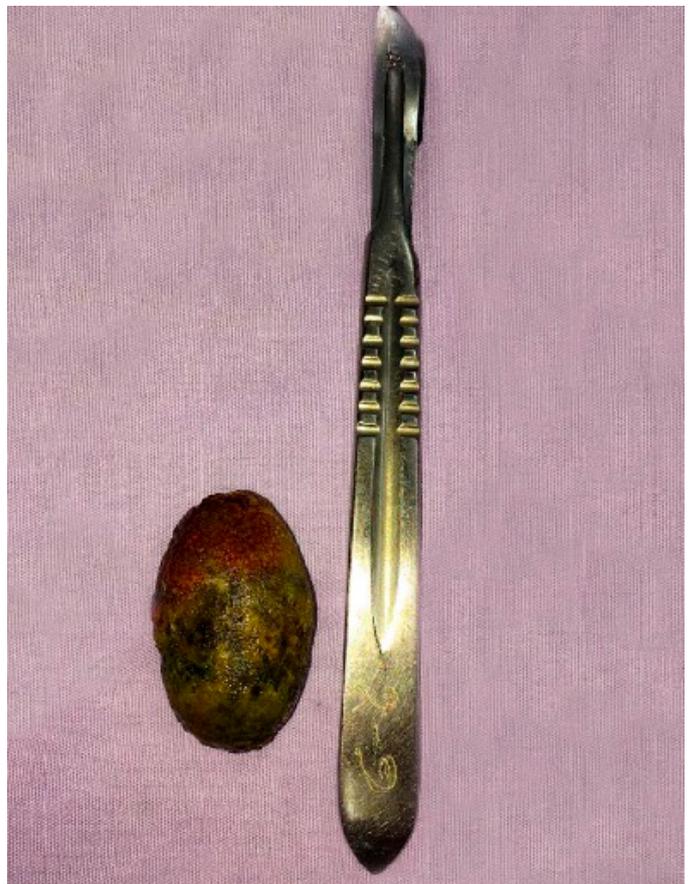


Figura 3
Lito biliar de 3 centímetros.

DISCUSIÓN

El íleo biliar es una complicación rara, producida por la migración de cálculos biliares que pasan a la luz intestinal a través de una fístula biloenterica. En general el cuadro clínico es variable y se caracteriza por náuseas, vómito, constipación, distensión y dolor abdominal tipo cólico, dependiendo del sitio de obstrucción¹¹⁻¹².

El síndrome de Bouveret se presenta en el 3% de los pacientes y es causado por una obstrucción de la salida gástrica secundaria a la migración proximal de un cálculo a través de la fístula colecistoduodenal con oclusión a nivel pilórico²⁻⁴. El síndrome de Branard se presenta cuando la obstrucción se encuentra a nivel de la válvula ileocecal y en el 4,8% de los pacientes se presenta obstrucción a nivel del colon.

Se debe de sospechar de íleo biliar en un paciente mayor que presenta la triada de Mordor, caracterizada por antecedente de litiasis vesicular, signos de colecistitis aguda y aparición repentina de oclusión intestinal¹¹.

La inflamación crónica y la presión constante del cálculo biliar sobre el duodeno induce la formación de una fístula bilioenterica hacia la porción intestinal adyacente, permitiendo el paso de cálculos hacia la luz intestinal, con mayor frecuencia hacia el duodeno²⁻⁵. Los cálculos con un diámetro menor a 2 centímetros pasan adecuadamente la válvula ileocecal y son evacuados sin complicaciones, por el contrario, aquellos cálculos con un diámetro de entre 2 a 2,5 centímetros son susceptibles a generar un cuadro oclusivo, más frecuentemente en íleon terminal, pero esto puede ocurrir en cualquier parte del intestino delgado³⁻⁵.

En general el diagnóstico es difícil y se realiza hasta en un 50% de forma transoperatoria. Se integra por un cuadro clínico y estudios de imagen que evidencien oclusión intestinal, descrito en la tetrada de Rigler (neumobilia, signos radiográficos de oclusión intestinal, cálculos radiopacos aberrantes en tracto gastrointestinal y cambio de posición del cálculo al momento de tomar la segunda radiografía)¹³⁻¹⁴.

El ultrasonido es útil para evidenciar la presencia de colelitiasis, fístula bilioenterica, aerobilia y la presencia de un cálculo en el intestino; en combinación con la radiografía simple de abdomen de pie, la sensibilidad aumenta hasta un 74%. La tomografía contrastada es el estudio de elección para el diagnóstico, con una sensibilidad mayor al 93% y con la capacidad de evidenciar otros cálculos en el tracto intestinal, neumobilia, valorar la inflamación y evidenciar una fístula colecistoentérica, los cuales se presentan en el 12,5% de los casos¹⁵ (Tabla 1).

El manejo inicial en el paciente con íleo biliar es la reposición de líquidos, colocación de una sonda nasogástrica para la descompresión del intestino delgado, así como para disminuir el riesgo de aspiración y la colocación de una sonda urinaria para vigilar la respuesta de la reposición hídrica por medio del control estricto de la uresis³.

El tratamiento es puramente quirúrgico con el objetivo de remover el cálculo y restaurar el tránsito intestinal. El intestino delgado debe de ser explorado desde el ligamento de Treitz hasta el punto de la obstrucción, más frecuentemente en el íleon distal o válvula ileocecal y se debe de asegurar que no existen otros cálculos en el tránsito intestinal realizando una exploración completa del intestino delgado ya que hasta 10% de los pacientes suelen tener cálculos múltiples^{16,23-25} (Tabla 2).

Una vez identificado el cálculo, se realiza la enterotomía en una zona de intestino sano, aproximadamente 30 centímetros proximal al sitio de oclusión en el borde antimesentérico, realizando una incisión longitudinal, el cálculo es extraído mediante presión digital, cuando no es posible debido a una fuerte impactación del cálculo en el

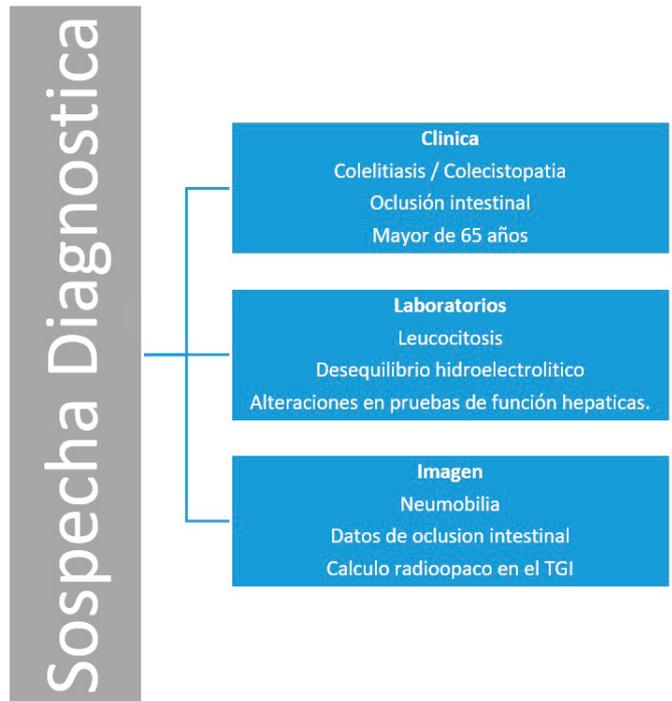


Tabla 1

Sospecha diagnóstica para íleo biliar.

intestino delgado que imposibilite su movilización, debe de realizarse la enterotomía a nivel del cálculo valorando las condiciones del intestino debido al riesgo de isquemia, necrosis y perforación lo cual es indicación de resección intestinal y anastomosis, posteriormente se realiza el cierre en sentido transversal, en 1 o 2 planos³ (Figuras 1 y 2).

Se encuentra descrito el abordaje laparoscópico, el cual puede ser beneficioso ya que disminuye la morbimortalidad y estancia intrahospitalaria, pero representa un mayor tiempo quirúrgico.⁵ Este abordaje debe ser individualizado de acuerdo con el estado clínico del paciente, recursos hospitalarios y habilidades del cirujano. En caso de elegirlo se debe de tomar en cuenta la distensión de asas intestinales secundaria a la oclusión intestinal que podría representar mayor riesgo de enterotomía inadvertida, con un aumento del riesgo de perforación o necrosis intestinal que obligarían a la conversión a laparotomía²⁴⁻²⁷. Finalmente, la habilidad para realizar adecuadamente la exploración del intestino delgado en busca de cálculos residuales es limitada, por lo que este abordaje no se recomienda de primera elección²⁸⁻³⁰ (Tabla 2).

Actualmente el manejo quirúrgico de elección es controversial.⁸ Se ha descrito el manejo en un tiempo quirúrgico con enterolitotomía y colecistectomía con cierre de fístula, o en dos tiempos con enterolitotomía y posteriormente reintervención quirúrgica para realizar colecistectomía y cierre de la fístula bilioenterica, aproximadamente 4 a 6 semanas posterior al cuadro inicial.²

La técnica en 2 tiempos se realiza con mayor frecuencia, debido a que cumple con el objetivo del tratamiento sin exponer al paciente a un procedimiento más prolongado y complicado, con este método se ha descrito una recidiva del íleo biliar del 5% (85% dentro de los primeros 6 meses postoperatorios) y una recurrencia de la patología vesicular del 10%; es considerada el abordaje de elección en pacientes con múltiples comorbilidades, inestabilidad hemodinámica o riesgo

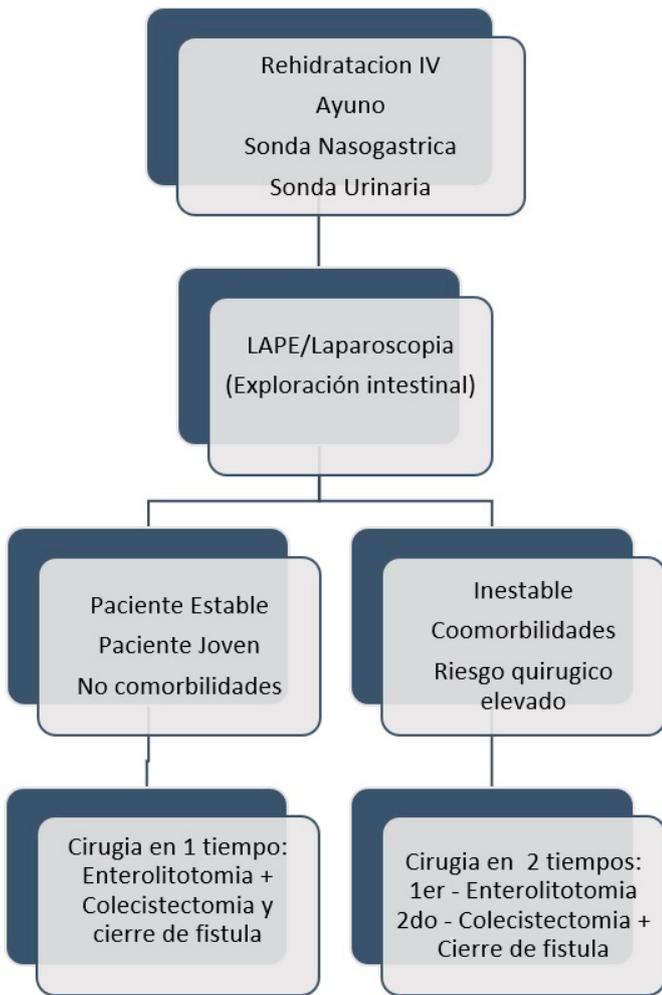


Tabla 2
Abordaje quirúrgico del íleo biliar.

quirúrgico elevado¹⁷⁻²⁰.

El procedimiento en 1 tiempo implica realizar una enterolitotomía con colecistectomía y cierre de la fístula bilioentérica, el riesgo de recurrencia se reduce de un 15% al 1%. Este procedimiento aumenta el riesgo de morbilidad de la cirugía, por lo que se recomienda en pacientes jóvenes, con riesgo de presentar complicaciones biliares subsecuentes y alto riesgo de recurrencia del íleo biliar, por lo que debe de considerarse el procedimiento en un tiempo solo en casos especiales³⁻⁵.

Actualmente no existe un consenso bien establecido sobre la conducta quirúrgica de esta patología debido a su baja incidencia, por lo que pueden considerarse 3 estrategias para su resolución:

Enterolitotomía

- Enterolitotomía + colecistectomía + cierre de fístula bilioentérica (1 tiempo)
- Enterolitotomía + colecistectomía y cierre de fístula bilioentérica diferida (2 tiempos)

- La cirugía en un tiempo quirúrgico está asociada a un 16.9% de mortalidad, comparada con un 11,7% para la enterolitotomía únicamente²¹⁻²².

Cualquiera que sea la decisión del cirujano, es primordial resolver el cuadro oclusivo con carácter urgente²⁸⁻³⁰.

CONCLUSIÓN

El íleo biliar es un cuadro infrecuente de abdomen agudo, el cual se asocia con complicaciones secundarias al retraso diagnóstico y resolución quirúrgica tardía, una alta sospecha diagnóstica basada en los síntomas, laboratorios e imagen nos ayudará a establecer el diagnóstico. El tratamiento inicial está dirigido a resolver la obstrucción intestinal a través de la enterotomía y la extracción de cálculos biliares. Existe controversia sobre el momento preferido para la colecistectomía y la reparación de la fístula bilioentérica por lo que el manejo de pacientes con íleo biliar debe ser individualizado dependiendo el sitio de impactación para disminuir la mortalidad asociada que presentan los pacientes con alto riesgo quirúrgico.

BIBLIOGRAFÍA

1. Martín-Pérez, J., Delgado-Plasencia, L., Bravo-Gutiérrez, A., Burillo-Putze, G., Martínez-Riera, A., Alarcó-Hernández, A. and Medina-Arana, V. El íleo biliar como causa de abdomen agudo. Importancia del diagnóstico precoz para el tratamiento quirúrgico. Cirugía Española. 2013.91(8);85-489.
2. Zaliakas, J. and Munson, J. Complications of Gallstones: The Mirizzi Syndrome, Gallstone Ileus, Gallstone Pancreatitis, Complications of "Lost" Gallstones. Surgical Clinics of North America. 2008.88(6);1345-1368.
3. Nuño-Guzmán CM, Marín-Contreras ME, Figueroa-Sánchez M, Corona Gallstone ileus, clinical presentation, diagnostic and treatment approach, World J Gastrointest Surg. 2016 Jan 27; 8(1): 65-76.
4. Luu MB, Deziel DJ. Unusual complications of gallstones. Surg Clin North Am. 2014;94:377-394.
5. Mallipeddi, M., Pappas, T., Shapiro, M. and Scarborough, J. Gallstone ileus: revisiting surgical outcomes using National Surgical Quality Improvement Program data. Journal of Surgical Research. 2013.184(1), pp.84-88.
6. Rodríguez Hermosa JI, Codina Cazador A, Girones Vila J, Roig Garcia J, Figa Francesch M, Acero Fernandez D. Gallstone Ileus: results of analysis of a series of 40 patients. Gastroenterología y Hepatología 2001;24:489-94.
7. Loizides S, Reese GE. Gallstone ileus. Internal Medicine Journal 2011;41(9):705-6.
8. Sesti, J., Okoro, C. and Parikh, M. Laparoscopic Enterolithotomy for Gallstone Ileus. Journal of the American College of Surgeons, 2013.217(2); e13-e15.
9. Santini, L. Gallstone ileus: One-stage surgery in an elderly patient. International Journal of Surgery Case Reports. 2013.4(3), pp.316-318.
10. Martínez Ramos D, Daroca José JM, Escrig Sos J, Paiva Coronel G, Alcalde Sanchez M, Salvador Sanchis JL. Gallstone ileus: Management options and results on a series of 40 patients. Rev Esp Enferm Dig. 2009; 101: 117-24.

11. Alexiou, K., Ioannidis, A., Sikalias, N., Konstantinidou, E., Fotopoulos, A., Karanikas, I. and Economou, N. Gallstone Ileus: A Case Report and Our Clinic's Experience. *Surgical Science*. 2014.05(01), pp.10-14.
12. Brouning LE, Taylor JD, Clark SK, Karanjia ND. Jejunal perforation in gallstone ileus a case series. *J Med Case Rep*. 2007;157.
13. Brandariz Gil L, Fernández de Miguel T, Perea J. Rigler triad in gallstone ileus. *Rev Esp Enferm Dig*. 2016 Sep;108(9):581-2.
14. Beuran M, Ivanov I, Venter MD. Gallstone Ileus-Clinical and therapeutic aspects. *J Med Life*. 2010;3:365-71
15. Lassandro, F., Gagliardi, N., Scuderi, M., Pinto, A., Gatta, G. and Mazzeo, R. Gallstone ileus analysis of radiological findings in 27 patients. *European Journal of Radiology*. 2004.50(1);23-29.
16. Salazar-Jiménez MI, Alvarado-Durán J, Fermín-Contreras MR, Rivero-Yáñez F, Lupian-Angulo AI, Herrera-González A. [Gallstone ileus, surgical management review]. *Cir Cir*. 2018;86(2):182-186.
17. Muthukumarasamy G, Venkata SP, Shaikh IA, Somani BK, Ravindran R. Gallstone ileus: Surgical strategies and clinical outcome. *J Dig Dis*. 2008;9:156-61.
18. Rodríguez – San Juan JC, Casado F, Fernandez MJ, Morales DJ, Naranjo A. Cholecystectomy and fistula closure versus enterolithotomy alone in gallstone ileus. *Br J Surg*. 1997;84:634-7.
19. Mallipeddi, M., Pappas, T., Shapiro, M. and Scarborough, J. Gallstone ileus: revisiting surgical outcomes using National Surgical Quality Improvement Program data. *Journal of Surgical Research*. 2013.184(1), pp.84-88.
20. Doko M, Zovak M, Kopljar M, et al. Comparison of surgical treatments of gallstone ileus: preliminary report. *World J Surg*. 2003;27:400-404.
21. Aslan R. Gallstone ileus: a rare surgical emergency. *Gastroenterol Hepatol Open Access*. 2020;(5):220-222.
22. Reisner RM, Cohen JR. Gallstone ileus: A review of 1001 reported cases. *The American Surgeon*. 1994;60:441-6.
23. Alemi F. et al, Gallstone Disease Cholecystitis, Mirizzi Syndrome, Bouveret Syndrome, Gallstone Ileus. *Surg Clin N Am*. 2019;(99):231-244.
24. H, Tresallet. E, Cirugía de las oclusiones agudas del intestino delgado en el adulto. En *Enciclopedia médico-quirúrgica*, 2019. 35th ed. Paris: Elsevier.
25. P, Stephen. R.T, Sistema Biliar, en D. and Townsend, C., n.d. *Sabiston Tratado De Cirugía*. 20th edition. Elsevier España. 2017;1482-1519.
26. Gonzalez M, et al. Cholecystoenteric fistula with and without gallstone ileus: A case series. *Hepatobiliary & Pancreatic Diseases International*. 2020;(19):36-40.
27. Zyromski N., Management of Gallstone Ileus. En: Cameron J., *Current Surgical Therapy*. 13th ed.: Elsevier, 2019, pp.485-487.
28. D. et al, Laparoscopic Management of Gallstone Ileus. *JSL*. 2001;(5):279-285.
29. Inukai k. et al, Laparoscopic two-stage procedure for gallstone ileus. *J Minim Access Surg*. 2019;(2):164-166.
30. Mirza Gari M. et al, Laparoscopic management for gallstone ileus, case report. *International Journal of Surgery*. 2018;(51):268-271.