

Obstrucción intestinal por íleo biliar. Presentación de caso

Intestinal obstruction due to gallstone ileus. A case report

Eduardo Higuera Escalante¹

Julián Andrés Puerta Navarro²

Juan Sebastián Theran León³

Laura Yibeth Esteban Badillo⁴

Mayra Alejandra Villalobos Ariza⁵

DOI: <https://doi.org/10.53903/O1212095.80>



Palabras clave (DeCS)

Vesícula biliar
Cálculos biliares
Ileus

Key words (MeSH)

Gallbladder
Gallstones
Ileus

Resumen

El íleo biliar es una causa infrecuente de obstrucción intestinal mecánica que afecta a los adultos mayores, predominantemente a las mujeres. En la mayoría de los casos es causada por la impactación de un cálculo biliar en el intestino a través de una fístula bilioentérica y clínicamente se caracteriza por dolor abdominal y emesis aguda o subaguda. Se requiere una evaluación con imágenes abdominales para confirmar el diagnóstico, determinar la ubicación del cálculo ectópico y el tamaño del mismo. Entre las modalidades de imagen disponibles, la tomografía de abdomen es el estándar de oro; sin embargo, cuando no está disponible se puede utilizar una radiografía de abdomen simple. Su manejo es principalmente quirúrgico. Este caso es de importancia por la rareza de su presentación al ser en un hombre, con un cálculo relativamente pequeño; adicionalmente, por la relevancia que tienen las imágenes de abdomen en el diagnóstico de esta patología.

Summary

Gallstone ileus is an infrequent cause of mechanical intestinal obstruction that affects older adults, predominantly women. In most cases it is caused by the impaction of a gallstone into the bowel through a bilioenteric fistula and is clinically characterized by abdominal pain and acute or subacute emesis. Evaluation with abdominal imaging is required to confirm the diagnosis, determine the location of the ectopic stone and its size. Among the imaging modalities available, abdominal tomography is the gold standard; however, when it is not available, a simple abdominal radiograph can be used. Management is mainly surgical. This case is of importance given the rarity of its presentation being in a man, with a relatively small calculus; additionally, because of the relevance of abdominal imaging in the diagnosis of this pathology.

Introducción

El íleo biliar es una condición rara que afecta del 0,3 % al 0,5 % de los pacientes con antecedente de cálculos biliares. Aparece en menos del 0,1 % de todos los casos de obstrucción mecánica y entre el 1 % y el 4 % de las obstrucciones del intestino delgado mecánico no estrangulante (1). Los cálculos biliares obstructores generalmente migran al intestino a través de fistulas bilioentéricas (2).

Caso

Paciente de 80 años de edad, con antecedente de hipertensión arterial, que consulta por cuadro clínico de una semana de evolución caracterizado por dolor y distensión abdominal, ausencia de deposiciones y flatos, asociado a múltiples episodios eméticos de contenido biliar. Los paraclínicos evidencian alteración hidroelectrolítica de tipo hiponatremia e hipocalemia y alcalosis metabólica con hiperlactatemia. La radiografía de abdomen (figura 1) muestra importante distensión de las asas intestinales delgadas y de la cámara gástrica, así como gas portal y en ramas por-

tales intrahepáticas junto con colelitiasis, por lo que se le toma una tomografía axial computarizada (TAC) de abdomen. La TAC evidencia marcada dilatación de asas intestinales delgadas y del estómago, con niveles hidroaéreos escalonados por proceso obstructivo (figura 2). Se identifica como causa de la obstrucción una imagen de densidad cálcica redondeada de 16 mm de diámetro, localizada en el íleon terminal hacia la válvula ileocecal (figura 3). Esta imagen de densidad cálcica corresponde a un cálculo de la vesícula, que está perforada, y ha drenado hacia el duodeno. Hay engrosamiento de las paredes de la vesícula que se encuentra colapsada, con edema de la grasa perivesicular por cambios inflamatorios asociados (figuras 4 y 5); no hay planos de clivaje entre la vesícula y la segunda porción del duodeno por la perforación que tiene, la vía biliar es de calibre normal. Con estos hallazgos el paciente es sometido a cirugía abierta, donde se corroboran los hallazgos de la TAC de abdomen. Se practica colecistectomía, cierre de fístula biliar con el duodeno y extracción del cálculo de las asas ileales. El paciente egresa sin complicaciones.

¹Especialista en Radiología e Imágenes Diagnósticas, Universidad Militar Nueva Granada. Bogotá, Colombia.

²Especialista en Radiología e Imágenes Diagnósticas, Universidad Autónoma de Bucaramanga. Bucaramanga, Colombia.

³Médico especialista en Epidemiología, Universidad Autónoma de Bucaramanga. Bucaramanga, Colombia.

⁴Residente de Medicina Familiar, Universidad de Santander. Bucaramanga, Colombia.

⁵Médica especialista en Epidemiología, Universidad Autónoma de Bucaramanga. Bucaramanga, Colombia.

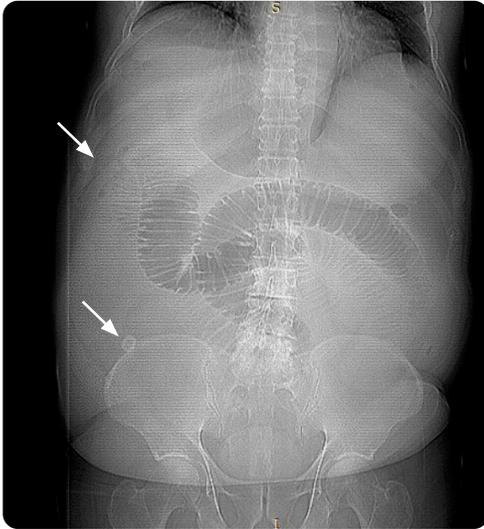


Figura 1. Radiografía abdominal en bipedestación: Importante distensión de asas intestinales delgadas, así como de la cámara gástrica, gas portal y en ramas portales intrahepáticas (flecha azul). En el cuadrante inferior derecho se observa calcificación redondeada correspondiente a cálculo a la altura de la válvula ileocecal (cabeza de flecha).

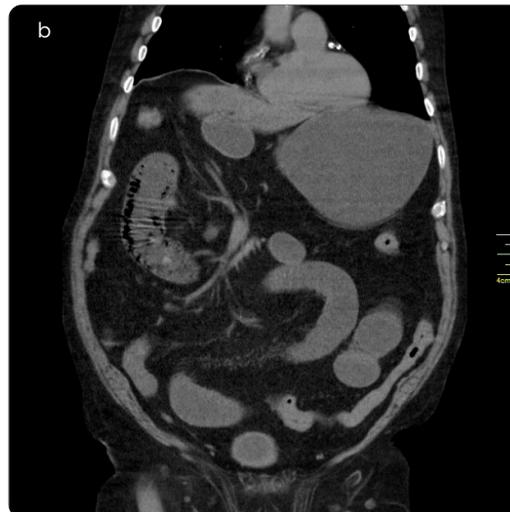


Figura 2. a y b) TAC de abdomen simple, coronal: Distensión de asas intestinales delgadas medias, con fecalización y colapso de asas intestinales delgadas, por obstrucción de alto grado.

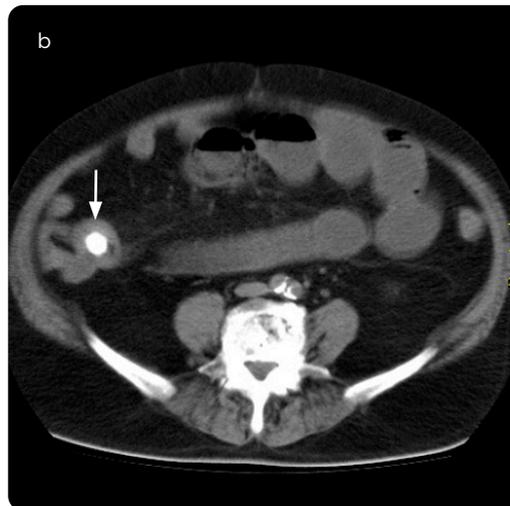


Figura 3. a y b) TAC de abdomen simple, coronal y axial: Zona de transición en la válvula ileocecal. Se identifica imagen redondeada, de alta densidad, que corresponde a cálculo biliar.

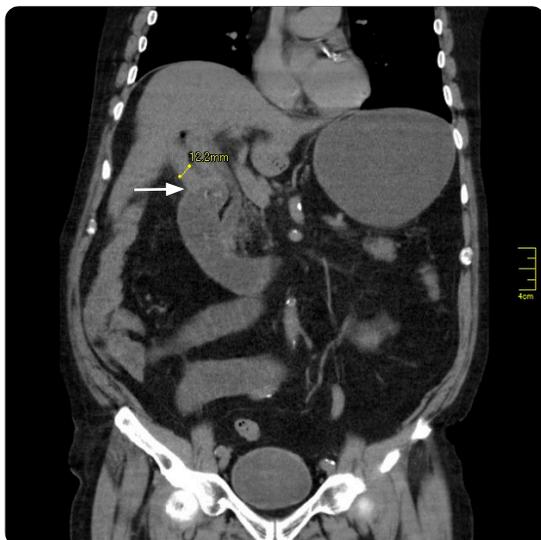


Figura 4. TAC abdominal, imagen coronal. Marcados cambios inflamatorios de la vesícula biliar con engrosamiento de la pared (12,2 mm). Pérdida del plano de clivaje entre la vesícula y la segunda porción del duodeno por presencia de fistula duodeno-biliar (flecha azul).

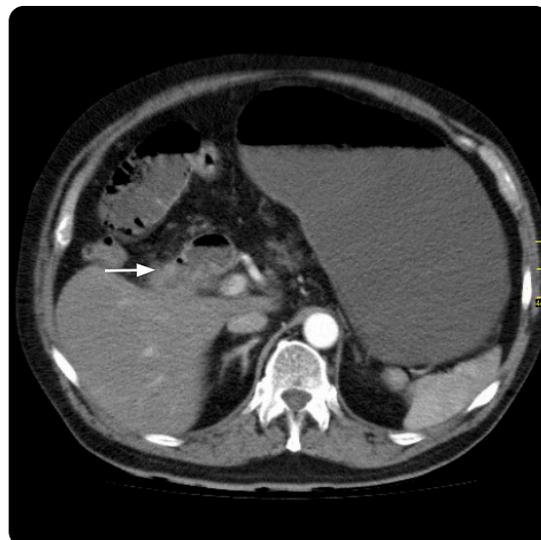


Figura 5. Cambios inflamatorios perivesiculares adyacentes al área de fistula bilioentérica (flecha azul).

Discusión

El íleo biliar representa menos del 1 % de las obstrucciones del intestino delgado y es más frecuente en mujeres de edad avanzada (3) en una relación de 3,5-3,6:1 (4). Los cálculos que causan la obstrucción se originan en la vesícula biliar y se movilizan al intestino a través de una fistula entérica; la ubicación más común es el íleo terminal, seguido del colon y muy raramente el estómago (5).

En las imágenes radiográficas simples de abdomen se ha descrito la triada de Rigler, que consta de niveles hidroaéreos, neumobilia y un cálculo ectópico (5); sin embargo, la radiografía de abdomen tiene una sensibilidad del 40-70 % en el diagnóstico (4). El estándar de oro para el diagnóstico del íleo biliar es la TAC, cuya sensibilidad supera el 90 %, y en esta los hallazgos más importantes son: neumobilia en el 88,89 % de los pacientes, obstrucción intestinal en el 96,3 % y el cálculo ectópico en el 81,48 % de ellos (4).

En cuanto al manejo, este depende del tamaño y la morfología del cálculo, dado que es difícil que los cálculos menores de 2-2,5 cm provoquen una obstrucción intestinal (6), y de la estabilidad clínica del paciente. Los cálculos de pequeño tamaño se tratan de manera expectante; sin embargo, la cirugía es el manejo de elección, ya que en el mismo procedimiento se realiza la extracción del cálculo ectópico, la colecistectomía y el cierre de la fistula (4).

Se hace hincapié en este caso porque no es común su presentación en el medio, con el fin de que sea un repaso académico y para que se tenga en cuenta entre los diagnósticos diferenciales de dolor abdominal en los adultos mayores; adicionalmente, para tener en cuenta los hallazgos imagenológicos tanto en la radiografía de abdomen como en la TAC, que orientan a un diagnóstico temprano y al manejo adecuado. En el caso expuesto se evidencia que una adecuada anamnesis y los hallazgos en la TAC fueron de suma importancia en el diagnóstico oportuno de este paciente, pues de acuerdo con la epidemiología, es más común en mujeres que en hombres y el tamaño del cálculo en el paciente era mucho menor al esperado según la literatura médica.

Conclusiones

El íleo biliar es una patología rara que si no se diagnostica a tiempo, puede conllevar desenlaces fatales; una buena anamnesis, la sospecha clínica y los hallazgos imagenológicos son los pilares para un diagnóstico oportuno, con el fin de evitar las complicaciones derivadas de la patología.

Referencias

1. Turner AR, Sharma B, Mukherjee S. Gallstone Ileus [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2021.
2. Chang L, Chang M, Chang HM, et al. Clinical and radiological diagnosis of gallstone ileus: a mini review. *Emerg Radiol.* 2018;25:189-96. <https://doi.org/10.1007/s10140-017-1568-5>
3. Stiennon L, Detry O. Images in surgery - gallstone ileus. *Acta Chir Belg.* 2018;118(3):200-1. doi: 10.1080/00015458.2018.1427840.
4. Rincon C, Rea-Azpeitia LA, Bautista-López CA, Navarro-Muñiz E, López-Lizarraga CR, Ploneda-Valencia CF, et al. El íleo biliar: una revisión de la literatura médica. *Rev de Gastroenterol México.* 2017;82(3): 248-54. doi: 10.1016/j.rgmx.2016.07.006 .
5. Sertkaya M, Emre A, Akbulut S, Vicdan H, Şanlı AN. A typical gallstone ileus: Clinical, radiological and operational findings. *Turk J Gastroenterol.* 2019;30(4):377-80.
6. Marenco-de la Cuadra B, López-Ruiz JA, Tallón-Aguilar L, López-Pérez J, Oliva-Mompeán F. Íleo biliar colónico: una rara causa de obstrucción intestinal [Colonic gallstone ileus: A rare cause of intestinal obstruction]. *Cir Cir.* 2017;85(5):440-3. doi: 10.1016/j.circir.2016.05.016.

Correspondencia

Juan Sebastián Theran León
Calle 106 # 26A-05
Bucaramanga, Colombia
jtheran554@unab.edu.co

Recibido para evaluación: 26 de abril de 2021
Aceptado para publicación: 10 de junio de 2021