



Íleo biliar. Revisión de caso clínico

Luis Adolfo Aceves-López,* Fabiola Torres-Huerta,** Enrique Martínez-Vargas,**
Eduardo Leonel Aranda-Arreola,* Lizzet Villalobos-Ramírez*

* Centro Bariátrico Metabólico. Dalinde. ** Internado de Pregrado. Centro Médico Dalinde.

Gallstone ileus. Clinical case review

REVISTA MEXICANA DE CIRUGÍA DEL APARATO DIGESTIVO / Vol. 12 Núm. 4 / Octubre-Diciembre, 2023 / p. 122-124

RESUMEN

El íleo biliar es una obstrucción intestinal causada por la migración endoluminal de un lito biliar al intestino a través de una comunicación patológica colecisto-duodenal. Su presentación clínica conlleva un cuadro de obstrucción habitual con distensión, náusea, vómito, imposibilidad de canalizar y/o evacuar. El estudio más sensible y específico para el diagnóstico es la tomografía computarizada. El tratamiento es quirúrgico para remoción del lito y cierre de la fistula.

Se aborda el caso de una mujer, la cual tras un evento de colecistectomía laparoscópica con hallazgo de fistula colecistoduodenal, presenta dolor abdominal, datos de respuesta inflamatoria sistémica y síntomas oclusivos; con gasto por drenaje de características biliares.

Palabras claves. Íleo biliar, cirugía, obstrucción intestinal, colecistitis aguda, fistula enterobiliar, fuga biliar.

ABSTRACT

Gallstone ileus is an intestinal obstruction caused by the endoluminal migration of a biliary stone to the intestine through a pathological cholecysto-duodenal communication. Its clinical presentation involves a typical pattern of obstruction with distention, nausea, vomiting, and inability to evacuate. The most sensitive and specific study for diagnosis is computed tomography. The treatment is surgical to remove the stone and close the fistula.

The case of a woman is addressed who, after a laparoscopic cholecystectomy event with the discovery of a cholecystoduodenal fistula, presents abdominal pain, signs of a systemic inflammatory response and occlusive symptoms; with expenditure due to drainage of biliary characteristics.

Keywords. Gallstone ileus, surgery, intestinal obstruction, acute cholecystitis, enterobiliary fistula.

INTRODUCCIÓN

El íleo biliar es una complicación poco frecuente de la colecistitis (0.3-0.5%),¹⁻³ que representa el 4% de todas las causas de obstrucción intestinal.⁴ Es más frecuente en mujeres con una relación de 1.4-4:1, que se correlaciona con la incidencia de la patología vesicular en general.^{4,5} Fue descrita por primera vez en 1653 por Erasmus Bartolin.⁶

CASO CLÍNICO

Se presenta el caso de una paciente mujer de 64 años de edad, quien acude al servicio de urgencias, en posoperatorio

mediato (6 días) de colecistectomía parcial por laparoscopia y cierre primario de fistula en duodeno. Quien presenta dolor abdominal intenso 9/10 en escala visual análoga, acompañado de náusea, vómito gastrobiliar, intolerancia a la vía oral y fiebre no cuantificada. A la exploración física con datos de respuesta inflamatoria, y abdomen agudo, con drenaje tipo penrose con salida de material compatible con bilis. Se inicia protocolo de estudio realizando tomografía de abdomen simple que reporta colección subcapsular en segmentos hepáticos VIII y VI con gas en la periferia, de 278 cc. Segmento de intestino delgado con distensión de hasta 35 mm con líquido en interior sin zona de transición ni datos de obstrucción mecánica.

Correspondencia:

Dr. Luis Adolfo Aceves López
Correo electrónico: acelopluis@hotmail.com

La clínica en relación con los hallazgos tomográficos integra un diagnóstico de absceso subhepático. Se realiza exploración quirúrgica laparoscópica en el cual se lleva a cabo drenaje de colección subhepática y subfrénica derecha, se identifica fuga de cierre primario en duodeno en sitio de

fistula colecisto-duodenal, reforzando cierre y colocando parche con epiplón.

En el postoperatorio se inicia manejo nutricional parenteral, cobertura antimicrobiana y reposo intestinal. Con buena evolución se decide inicio de líquidos orales, presentando entonces distensión abdominal, dolor y vómito. Se realiza control de imagen tomográfico identificando lito en luz intestinal (*Figura 1*) que condiciona obstrucción mecánica (*Figura 2*) con zona de transición a nivel de yeyuno.

La paciente pasa nuevamente a quirófano donde se lleva a cabo laparoscopia intervencionista con identificación del lito a nivel de yeyuno y por el tamaño del lito se llevó a cabo (de forma abierta) enterotomía con extracción de lito y cierre primario.

La evolución postoperatoria fue satisfactoria, con adecuada tolerancia a la dieta enteral, egresando a domicilio sin eventualidades.

DISCUSIÓN

La presentación clínica del íleo biliar es muy similar a cualquier causa de obstrucción intestinal, con síntomas como náuseas, vómito, distensión y dolor abdominal, aunque esta sintomatología suele ser intermitente y episódica; en ocasiones, puede ser precedida por un cuadro clínico característico de *colecistitis* ya sea aguda, crónica agudizada o cólico biliar (dolor abdominal en hipocondrio derecho, fiebre, náusea, diaforesis, entre otros).^{4,5,7} El cuadro oclusivo es causado por el paso de un lito vesicular a través de una fistula hacia la luz intestinal, gástrica o colónica.⁸ La mayoría de los *litos* suelen alojarse en íleo distal y válvula ileocecal hasta en 75% de los casos (síndrome de Barnard),^{8,9} aunque existen otras localizaciones menos frecuentes como colon (4%) y duodeno (síndrome de Bouveret, 4%),¹ en su mayoría reportan un diámetro promedio de 4 cm, aunque el tamaño varía ampliamente.¹⁰ La comunicación colecistoduodenal o fistula se forma por episodios recurrentes de inflamación vesicular que genera adherencias entre el tracto biliar y el gastrointestinal.^{4,5} El diagnóstico se sospecha en presencia de la *triada de Mordor*:¹ litiasis biliar, obstrucción intestinal y signos de colecistitis aguda; o con la *triada de Rigler* compuesta por neumbilia, oclusión intestinal y calculo biliar en la luz intestinal; habiendo descartado otras causas de obstrucción.¹¹ La exploración física es inespecífica,^{9,12} suele revelar presencia de distensión abdominal, taquicardia y dolor abdominal difuso.^{4,5,13} El diagnóstico a menudo se retrasa ya que los síntomas pueden ser intermitentes y los estudios complementarios no identifican la causa de la obstrucción mecánica. Bioquímicamente tiene el comportamiento de patología aguda con leucocitosis, acompañado de aumento de las enzimas hepáticas y en raros casos, desequilibrio hidroelectrolítico.^{14,15} Los estudios de ga-

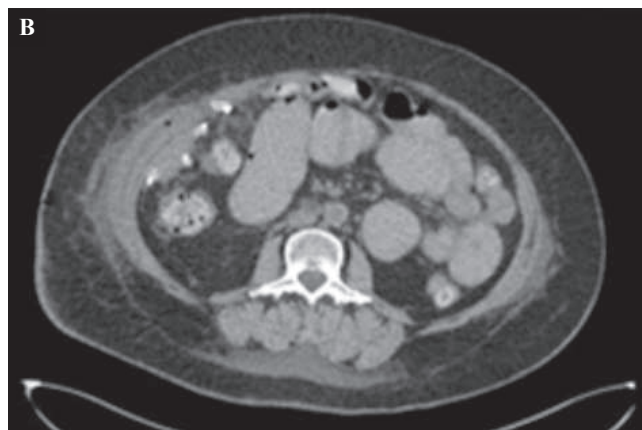
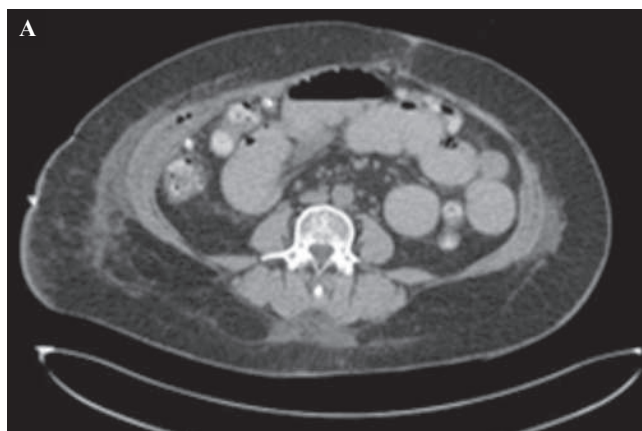


Figura 1. Distensión de asa intestinales asociado a oclusión intestinal.

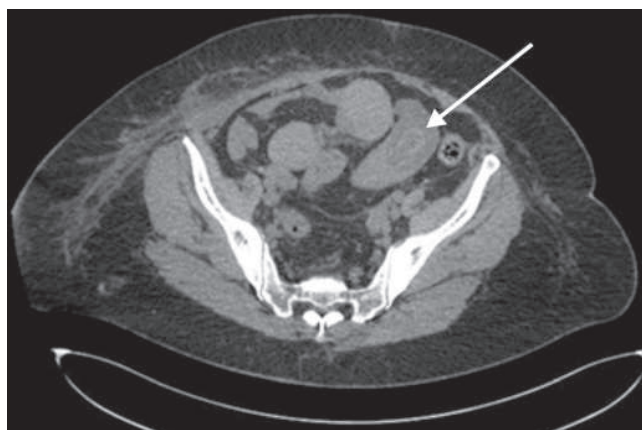


Figura 2. Presencia de lito en yeyuno.

binete usados para realizar el diagnóstico incluyen radiografía abdominal, con la posibilidad de observar *litos* radiopacos endoluminales (los cuales pueden cambiar de posición en diferentes proyecciones), neumobilia y distensión de asas intestinales.^{12,16} La tomografía computarizada brinda una sensibilidad y especificidad de 93 y 100% respectivamente, siendo el estudio con mayor utilidad en la cual se observan hallazgos de obstrucción intestinal, presencia de lito aberrante y vesícula biliar con aire.¹⁷

El tratamiento es siempre quirúrgico, en abordaje abierto (laparotomía) o laparoscópico, realizando enterotomía con extracción del lito, colecistectomía y manejo de la comunicación colecisto-duodenal.^{13-15,17}

CONCLUSIÓN

En este caso presentado, el abordaje inicial representó un reto dada la poca información concerniente al antecedente quirúrgico mediato. Inicialmente el abordaje se basó en la impresión diagnóstica de fuga biliar con Bilioma; sustentado con los hallazgos tomográficos, catalogada como el estándar de oro en el diagnóstico de íleo biliar.³

A pesar de la complejidad diagnóstica de esta patología y que el íleo biliar es una complicación poco frecuente,¹⁻³ se debe tener en cuenta ante los factores de riesgo tales como sexo femenino, edad y obesidad, así como y los tres pilares importantes: colelitiasis, fistula bilioentérica y obstrucción intestinal,^{1,2} aunado a un cuadro de colecistitis aguda o el postoperatorio de colecistectomía.

REFERENCIAS

1. Ploneda-Valencia CF, Gallo-Morales M, Rinchon C, Navarro-Muñiz E, Bautista-López CA, de la Cerda-Trujillo LF, Rea-Azpeitia LA, López-Lizarraga C R. El íleo biliar: una revisión de la literatura médica. *Revista de Gastroenterología de México* 2017; 82(3): 248-54. doi: <https://doi.org/10.1016/j.rgmx.2016.07.006>
2. Alemi F, Seiser N, Ayloo S. Gallstone Disease. *Surgical Clinics of North America* 2019; 99(2): 231-44. doi: [10.1016/j.suc.2018.12.006](https://doi.org/10.1016/j.suc.2018.12.006)
3. Shekhda KM, Abro AH, Gupta A, Lal J, Ghuman N. Gallstone Ileus. *Chonnam Med J* 2021; 57(1): 91-2. doi: [10.4068/cmj.2021.57.1.91](https://doi.org/10.4068/cmj.2021.57.1.91). Epub 2021 Jan 25. PMID: 33537226; PMCID: PMC7840353.
4. Turner AR, Sharma B, Mukherjee S. Gallstone Ileus. [Updated 2022 Sep 19]. In: StatPearls. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2022 Jan. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK430834/>
5. Keaveny AP. Gallstone ileus. In: UpToDate, Ashley SW (Ed), UpToDate, Chen W. (Last updated August, 2023).
6. Belmontes-Castillo M, Pintor-Belmontes CA. Íleo biliar, una causa infrecuente de oclusión intestinal. *Revista de la Facultad de Medicina UNAM* 2015; 56(1): 33-9.
7. Shanmugarajah I, Letting TS, Rustad H. Gallstone ileus. *Tidsskr Nor Laegeforen*. 2023; 143(6). English, Norwegian. doi: [10.4045/tidsskr.22.0452](https://doi.org/10.4045/tidsskr.22.0452). PMID: 37097249.
8. Chang L, Chang M, Chang HM, Chang AI, Chang F. Clinical and radiological diagnosis of gallstone ileus: a mini review. *Emerg Radiol* 2018; 25(2): 189-96. doi: [10.1007/s10140-017-1568-5](https://doi.org/10.1007/s10140-017-1568-5). Epub 2017 Nov 16. PMID: 29147883; PMCID: PMC5849656.
9. Nik Mazian A, Ab Rahman SS. Gallstone ileus. *Medical Journal* 2021; 214(1): 16-16.e1. doi: [10.5694/mja2.50875](https://doi.org/10.5694/mja2.50875)
10. Beltran MA, Csendes A, Cruces KS. The relationship of Mirizzi syndrome and cholecystoenteric fistula: validation of a modified classification. *World J Surg* 2008; 32: 2237.
11. Helmy NA, Ryska O. Íleo biliar postcolecistectomía; una revisión de caso [Gallstone Ileus Post-cholecystectomy: A Case Review]. *Cureus* 2023; 15(1): 2-7.
12. Inukai K. Gallstone ileus: a review. *BMJ Open Gastroenterol* 2019; 6(1): e000344. doi: [10.1136/bmjgast-2019-000344](https://doi.org/10.1136/bmjgast-2019-000344). PMID: 31875141; PMCID: PMC6904169
13. Gutt C, Schläfer S, Lammert F. The Treatment of Gallstone Disease. *Deutsches Arzteblatt international* 2020; 117(9): 148-58. <https://doi.org/10.3238/arztebl.2020.0148>
14. Festi D, Reggiani ML, Attili AF, et al. Natural history of gallstone disease: Expectant management or active treatment? Results from a population-based cohort study. *J Gastroenterol Hepatol* 2010; 25: 719.
15. Reyes-Morales JM, Hernández-García LK. Íleo biliar: un reto diagnóstico y terapéutico. Presentación de un caso clínico [Gallstone ileus: a diagnostic and therapeutic challenge. Presentation of a clinical case]. *Revista médica del Instituto Mexicano del Seguro Social* 2023; 61(1): 106-10.
16. Warttig S, Ward S, Rogers G, Guideline Development Group. Diagnosis and management of gallstone disease: summary of NICE guidance. *BMJ* 2014; 349: g6241.
17. Salazar-Jiménez MI, Alvarado-Durán J, Fermín-Contreras MR, Rivero-Yáñez F, Lupian-Angulo AI, Herrera-González A. Íleo biliar, revisión del manejo quirúrgico [Gallstone ileus, surgical management review]. *Cirugía y cirujanos* 2018; 86(2): 182-6. <https://doi.org/10.24875/CIRU.M18000032>