

Juan Manuel Reyes-Morales^{1a}, Laura Karina Hernández-García^{1b}

Resumen

Introducción: el íleo biliar representa el 4% de las causas de obstrucción intestinal en la población en general, pero incrementa a un 25% en los pacientes de más de 65 años. No presenta síntomas únicos, lo cual hace difícil su diagnóstico. Tiene una alta mortalidad (entre 12 y 27%) debido a las comorbilidades asociadas y al retraso diagnóstico. El objetivo de este caso clínico es comunicar la importancia del diagnóstico oportuno y el manejo quirúrgico del íleo biliar.

Caso clínico: se presenta el caso clínico de una paciente de 67 años con antecedente de diabetes mellitus de larga evolución sin control médico, sin antecedentes quirúrgicos previos, cuyo padecimiento comenzó dos días antes de su ingreso a urgencias con signos y síntomas de oclusión intestinal. Se le dio manejo médico sin mejoría y hubo retraso diagnóstico de oclusión intestinal mecánica, la cual fue intervenida quirúrgicamente siete días después del inicio del cuadro clínico. En la laparotomía exploradora se encontró un íleo biliar, con resolución satisfactoria de la patología a pesar del retraso diagnóstico.

Conclusiones: el íleo biliar es una entidad clínica de difícil diagnóstico que requiere un alto índice de sospecha. El objetivo del tratamiento del íleo biliar es liberar la obstrucción por medio de la enterolitotomía. Comparada con las otras técnicas, esta es la técnica recomendada para el manejo del íleo biliar, debido a su menor morbimortalidad.

Abstract

Background: Gallstone ileus represents 4% of the causes of bowel obstruction in general population, but it increases to 25% in patients above 65 years of age. Gallstone ileus does not present with unique symptoms, making diagnosis difficult. It has a high mortality (12 to 27%) due to associated comorbidities and diagnostic delay. The aim of this case report is to communicate the importance of prompt diagnosis and surgical management of gallstone ileus.

Clinical case: It is presented the clinical case of a 67-year-old female patient with a history of long-standing diabetes mellitus without medical control, without previous surgical history, who began suffering 2 days prior to admission to the emergency room with signs and symptoms of intestinal occlusion. She was given medical management without improvement and diagnostic delay of mechanical intestinal occlusion that was surgically intervened 7 days after the onset of clinical symptoms, finding gallstone ileus in the exploratory laparotomy, with satisfactory resolution of the pathology despite the diagnostic delay.

Conclusions: Gallstone ileus is a difficult clinical entity to diagnose and therefore requires a high index of suspicion. The aim of gallstone ileus treatment is to release the obstruction, which is done through enterolithotomy. It is the recommended technique for gallstone ileus management because of its lower morbidity and mortality, compared with the other techniques.

¹Instituto Mexicano del Seguro Social, Hospital General de Zona No. 57, Departamento de Cirugía General. Cuautitlán Izcalli, Estado de México, México

ORCID: [0000-0002-3630-5311^a, \[0000-0002-7058-174X^b\]\(https://orcid.org/0000-0002-7058-174X\)](https://orcid.org/0000-0002-3630-5311)

Palabras clave
Enfermedades del Íleon
Fístula Biliar
Colelitiasis

Keywords
Ileal Diseases
Biliary Fistula
Cholelithiasis

Fecha de recibido: 01/06/2022

Fecha de aceptado: 01/08/2022

Comunicación con:

Juan Manuel Reyes Morales
 dr.jmanuelreyes@gmail.com
 55 5627 6900, extensión 21530

Cómo citar este artículo: Reyes-Morales JM, Hernández-García LK. Íleo biliar: un reto diagnóstico y terapéutico. Presentación de un caso clínico. Rev Med Inst Mex Seguro Soc. 2023;61(1):106-10.

Introducción

El íleo biliar es una complicación poco común de la coledoclitiasis. Es descrito como una obstrucción intestinal mecánica debida a la impactación de uno o más cálculos biliares grandes dentro del tracto gastrointestinal. Su causa es el paso de un cálculo biliar desde los conductos biliares hacia el lumen intestinal por medio de una fístula.^{1,2} El tipo de fístula más frecuente se localiza entre la vesícula biliar y el duodeno. El íleo biliar fue descrito por primera vez en 1654 por Bartholin.³ Representa entre el 1 y el 3% de todos los casos de obstrucción mecánica del intestino delgado, y puede llegar hasta 25% en pacientes mayores de 65 años, predominantemente en el sexo femenino, con una proporción de 3.5-6:1.³ Una vez que el cálculo biliar está en el lumen intestinal, puede obstruir cualquier parte del tracto gastrointestinal, pero el lugar más común es el íleon distal.⁴ La tasa de mortalidad asociada al íleo biliar va de 12 a 27%, y la tasa de morbilidad asociada alcanza un 50%, debido a la edad mayor de los pacientes, a las patologías asociadas, al ingreso hospitalario tardío y al tratamiento terapéutico retrasado.⁵ Como un antecedente clínico significativo, únicamente alrededor de un 50% de estos pacientes tienen un historial previo de enfermedad de la vesícula biliar.⁶

Dado que el íleo biliar es una enfermedad poco común que representa un reto diagnóstico cuando no se cuenta con antecedentes y estudios de imagen sugerentes de esta enfermedad, además de que tiene un alto riesgo de mortalidad, el objetivo de este trabajo fue reportar el caso clínico de un íleo biliar y dar a conocer nuestra experiencia en su diagnóstico y manejo.

Caso clínico

Mujer de 67 años, con antecedente de diabetes mellitus de larga evolución, con mal apego al tratamiento y descontrol glucémico, la cual negó que padeciera alguna otra enfermedad y no tenía antecedentes quirúrgicos. Su padecimiento de siete días de evolución comenzó con dolor abdominal tipo cólico de inicio en mesogastrio que a las 12 horas pasó a ser generalizado, acompañado de distensión abdominal progresiva, náuseas y vomito de contenido biliar, dificultad para canalizar gases y ausencia de evacuaciones; la mujer acudió a urgencias dos días después del inicio de la sintomatología. En su valoración inicial a la exploración física, se encontró un abdomen distendido, con perístasis aumentada, sin datos de irritación peritoneal. Los estudios de laboratorio iniciales se mostraron sin alteraciones: Hb 14.9 g/dL, leucocitos $8.4 \times 10^3 \text{ mm}^3$, neutrófilos 73%, plaquetas $352.0 \times 10^3 \text{ mm}^3$, albúmina 4.2 g/dL, glucosa 310 mg/dL, lipasa 52 U/L. Se le tomó a la paciente una radiografía de abdomen (figura 1) en la que se obser-

varon niveles hidroaéreos sin más datos de relevancia, por lo que se le colocó una sonda nasogástrica con salida de 300 mL de contenido biliar y se decidió su ingreso para manejo médico a base de reposo intestinal y manejo de soluciones.

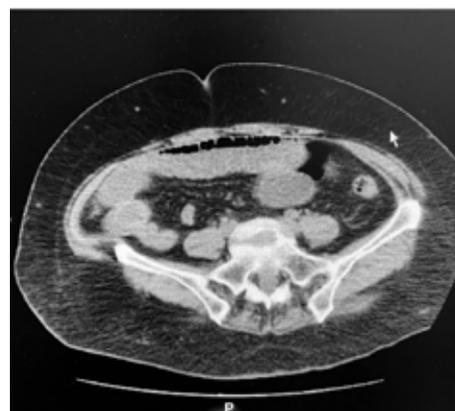
Figura 1 Radiografía de abdomen de pie



Se observan niveles hidroaéreos dentro de las asas dilatadas del intestino delgado

Durante su estancia en el piso de cirugía, la paciente tuvo un cuadro clínico estacionario, que tras dos días de ingreso presentó evolución desfavorable, caracterizada por un aumento en el número de emesis, que fue de hasta cinco por día a pesar del uso de sonda nasogástrica, la cual tuvo un gasto reportado de 24 horas de 120 mL, por lo que se decidió la recolocación de esta y se le practicó a la paciente

Figura 2 Tomografía axial computarizada del abdomen de la paciente

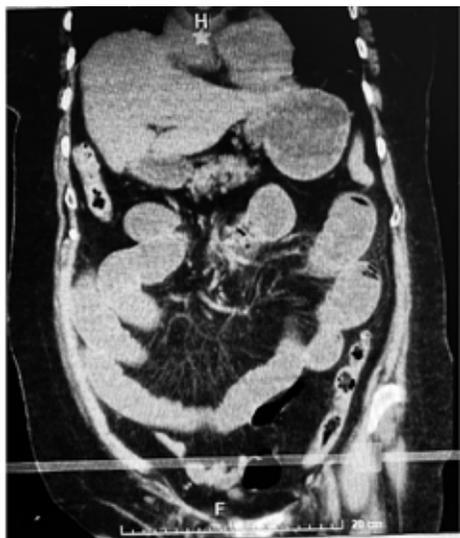


Se observa dilatación de las asas del intestino delgado de hasta 5 cm

una tomografía abdominal (figura 2), en donde se observó dilatación de asas de intestino delgado. En ese momento la paciente no presentó datos de irritación peritoneal ni datos de respuesta inflamatoria sistémica, por lo que se continuó con el manejo médico.

Tras su quinto día de manejo médico, la paciente continuó con emesis (tres por día) de contenido gastobiliar, con sonda nasogástrica con gasto promedio de 24 horas de 100 mL. A la exploración física con el abdomen distendido, la paciente presentó dolor a la palpación profunda generalizada, sin datos de irritación peritoneal ni datos de síndrome de respuesta inflamatoria sistémica. Se revaloró la tomografía y se observó dilatación de asas de intestino delgado, así como una zona de transición a nivel de íleon terminal sin poder identificar la causa de esta (figura 3); por lo anterior,

Figura 3 Tomografía abdominal computarizada de la paciente



Se observa dilatación de las asas del intestino delgado, así como una zona de transición (flecha) a nivel del íleon terminal

al tratarse de una obstrucción mecánica en una zona de transición evidente se decidió llevar a cabo manejo quirúrgico.

Durante la intervención quirúrgica, se hizo laparotomía exploradora y se encontró un lito de 5 x 7 cm impactado a nivel de la válvula ileocecal (figura 4). Se llevó a cabo una enterotomía a 60 cm de la válvula ileocecal y se extrajo el lito biliar (figura 5). Posteriormente, se hizo el cierre de la enterotomía (figura 6) y se exploró la vesícula biliar, ante lo cual se documentó una fístula colecistoduodenal a la cual no se le realizó ningún procedimiento. Se concluyó el evento quirúrgico sin complicaciones ni incidentes.

Figura 4 Lito biliar impactado a nivel de la válvula ileocecal

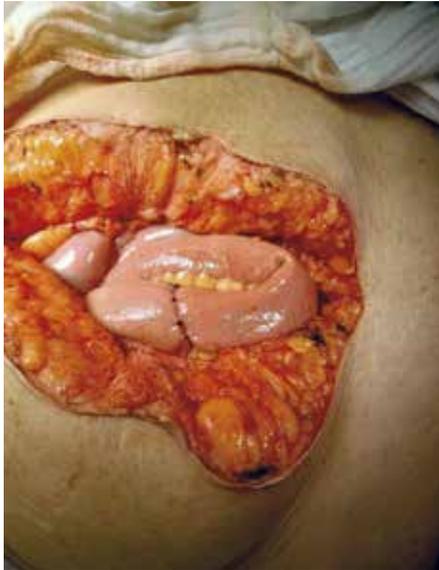


Figura 5 Enterotomía con extracción del lito biliar



La paciente se mantuvo en reposo intestinal durante tres días y comenzó a usar la vía oral a líquidos con posterior progresión a dieta blanda con adecuada tolerancia, así como adecuada canalización de gases y con evacuaciones presentes. Fue egresada al quinto día del postquirúrgico sin complicaciones ni incidentes.

Actualmente la paciente se mantiene en seguimiento por el Servicio de Consulta Externa, con adecuada tolerancia a la vía oral, sin alteraciones en el patrón evacuatorio intestinal y sin manifestaciones clínicas ni de laboratorio de patología al nivel de la vía biliar.

Figura 6 Cierre de la enterotomía

Discusión

El íleo biliar representa una causa poco frecuente de obstrucción intestinal mecánica (3%), la cual afecta a pacientes de edad avanzada con comorbilidades asociadas. Usualmente está asociado a fístula bilioentérica, por medio de la cual los cálculos biliares migran de la vesícula biliar al lumen intestinal, que es donde generan obstrucción mecánica.^{7,8} El desarrollo de fístula bilioentérica es relativamente raro (aproximadamente 2% en pacientes con colecistitis). En pacientes con colelitiasis, aproximadamente entre 0.3 y 0.5% presentan íleo biliar y únicamente alrededor de 50% de estos pacientes tiene un historial previo de enfermedad de la vesícula biliar. Nuestra paciente no tuvo el antecedente de enfermedad relacionada con la vesícula biliar, lo cual sugeriría considerar el íleo biliar como diagnóstico diferencial.

La mayoría de las fístulas bilioentéricas son colecisto-duodenales (de 53 a 68%).⁹ Hay factores que propician la formación de la fístula, como tamaño del cálculo, la historia de enfermedad biliar, episodios repetidos de colecistitis aguda, género femenino y edad avanzada. Cuando el cálculo ha pasado al tubo digestivo, su diámetro se incrementa por acumulo en su superficie de detritus intestinales, con lo que llega a tener generalmente 3 cm de diámetro y se impacta con mayor frecuencia en el íleon distal en 90% de los casos (como en nuestro caso presentado).¹⁰

Existen tres formas de presentación clínica: aguda, que corresponde a la clásica presentación de íleo biliar, caracterizada por mostrar de manera súbita distensión abdominal, vómito y constipación; subaguda, la cual se presenta como oclusión intestinal parcial y crónica, conocida como

síndrome de Karewsky, que se caracteriza por episodios de dolor recurrente causado por el paso de cálculos biliares a través del intestino, lo cual se alterna con episodios asintomáticos.¹¹ Se debe sospechar la presencia de íleo biliar cuando un paciente de edad avanzada muestra la triada de Mordor (antecedente de cálculo biliar, signos de colecistitis aguda y aparición súbita de obstrucción intestinal).^{12,13} El íleo biliar es una entidad clínica de difícil diagnóstico, por lo que debe tenerse en mente un alto índice de sospecha.

A la exploración física, el paciente suele mostrar fiebre, desequilibrio hidroelectrolítico, distensión y dolor abdominal tipo cólico, con aumento inicial del peristaltismo, el cual desaparece conforme se instala el íleo. Menos de 20% de pacientes tiene colecistitis aguda concomitante. Las pruebas de laboratorio no suelen mostrar alteraciones específicas, por ejemplo, la cuenta de glóbulos blancos suele ser normal o discretamente elevada, las pruebas de función hepática por lo regular se encuentran dentro de parámetros normales.¹⁴ La radiografía de abdomen se caracteriza por la presencia de la triada de Rigler y consiste en la presencia de cálculos radioopacos (menos del 10% de los casos), distensión de asas intestinales y neumobilia. Estos hallazgos se presentan en un rango que va de 20 a 50% de los casos. La tomografía computarizada de abdomen reforzada con contraste es considerada el estándar de oro diagnóstico con sensibilidad arriba de 90% y es factible encontrar la triada de Rigler hasta en 80% de los casos. En nuestro caso clínico presentado, la radiografía y la tomografía de abdomen no mostraron la presencia de cálculos biliares radioopacos ni de neumobilia, lo que hace aún más difícil establecer un diagnóstico.

El tratamiento del íleo biliar es quirúrgico y está encaminado principalmente a resolver la obstrucción intestinal, previa estabilización del paciente. Existen dos opciones quirúrgicas: el manejo en una etapa, que consiste en enterolitotomía más colecistectomía y cierre de fístula bilioentérica, y el manejo en dos etapas, que se caracteriza por enterolitotomía en fase inicial, con colecistectomía de intervalo, (4-6 semanas) más cierre de fístula bilioentérica. La mortalidad en cirugía de un tiempo es de 16.9 frente a 11.7% en la de dos tiempos.^{15,16,17,18} Aunque existe una tasa de recurrencia de íleo biliar de 5% (85% en los primeros seis meses) con la enterolitotomía, es sabido que la recurrencia de síntomas biliares es de 10%.^{19,20} Por lo tanto, la enterolitotomía es el procedimiento de elección para pacientes con comorbilidades significativas, inestabilidad hemodinámica, o disección quirúrgica de alto riesgo. Se sugiere realizar la colecistectomía de intervalo con reparación de fístula bilioentérica solo en pacientes con síntomas recurrentes. Así, el manejo queda a la elección y el juicio del cirujano, el cual individualizará según las condiciones del paciente. En nuestro caso presentado, dado que la paciente no manifestó

datos de colecistitis, además de que no presentó datos de coledocolitiasis, únicamente se realizó la extracción del lito mediante enterotomía.

El abordaje suele hacerse con laparotomía; sin embargo, existe un incremento de reportes de laparoscopia exitosa. Este último ofrece las ventajas de una recuperación más temprana al llevarse a cabo por medio de incisiones quirúrgicas de menor tamaño. La laparoscopia en obstrucción del intestino delgado ha sido evaluada y parece exitosa.²¹ Esto se consigue con personal médico capacitado en técnicas de laparoscopia avanzada, así como el equipo médico necesario.

Conclusión

El íleo biliar es una causa infrecuente de obstrucción intestinal y su diagnóstico requiere de alta sospecha. Aunque la radiografía de abdomen puede aportar datos sugestivos, el estándar de oro diagnóstico es la tomografía de abdomen; sin embargo, en ocasiones no es posible identi-

ficar datos patognomónicos de esta entidad, por lo que es importante reconocer datos de imagenología que sugiera una oclusión mecánica que requiera de manejo quirúrgico, todo esto tratando de ofrecer un tratamiento oportuno.

El tratamiento quirúrgico sugerido es la enterolitotomía; sin embargo, se debe individualizar según las condiciones de cada paciente.

Agradecimientos

Agradecemos a los médicos internos del Hospital General de Zona No. 57 (del IMSS) por hacer posible este reporte de caso.

Declaración de conflicto de interés: los autores han completado y enviado la forma traducida al español de la declaración de conflictos potenciales de interés del Comité Internacional de Editores de Revistas Médicas, y no fue reportado alguno relacionado con este artículo.

Referencias

- Nuño Guzmán CM, Arróniz Jáuregui J, Moreno-Pérez PA, Chávez-Solís EA, Esparza-Arias N, Hernández-González CI. Gallstone ileus: One-stage surgery in a patient with intermittent obstruction. *World J Gastrointest Surg.* 2010;2:172-6.
- Shireesh S, Camerotta A, Zavotsky J. Gallstone ileus: diagnostic and therapeutic dilemma. *IJCRI.* 2011;2(12):1-5.
- Martín-Pérez J, Delgado-Plasencia L, Bravo-Gutiérrez A, Burillo-Putze G, Martínez-Riera A, Alarcó-Hernández A et al. El íleo biliar como causa de abdomen agudo. Importancia del diagnóstico precoz para el tratamiento quirúrgico. *Cir Esp.* 2013;91:485-9.
- Beuran M, Ivanov I, Venter MD. Gallstone ileus—clinical and therapeutic aspects. *J Med Life.* 2010;3:365-71.
- Beuran M, Venter MD, Ivanov I. Gallstone ileus still a problem with heart. *Ann Acad Rom Sci Ser Med Sci.* 2012;3(1):5-28.
- Bakhshi GD, Chincholkar RG, Agarwal JR, Gupta MR, Gokhe PS, Nadkarni AR. Gallstone ileus: dilemma in the management. *Clin Pract.* 2017;7(3): 977.
- Verma A, Moonat A, Lo A. An uncommon etiology of small bowel obstruction: gallstone ileus. *J Hosp Med.* 2010;5(2):21-2.
- Stagnitti F, Tudisco A, Ceci F, Nicodemi S, Orsini S, Avallone M, et al. Biliodigestive fistulae and gallstone ileus: diagnostic and therapeutic considerations. Our experience. *G Chir.* 2014;35:235-8.
- Chou JW, Hsu CH, Liao KF, Lai HC, Cheng KS, Peng CY, et al. Gallstone ileus: report of two cases and review of the literature. *World J Gastroenterol.* 2007;13:821-5.
- 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. *Rev Gastroenterol Mex.* 2017;82(3):248-54.
- Chung AYA, Duke MC. Acute biliary disease. *Surg Clin N Am.* 2018;98:877-94.
- Sánchez-Pérez EA, Álvarez-Álvarez, Madrigal-Téllez MA, Gutiérrez-Uvalle GE, Ramírez-Velásquez JE, Hurtado-López LM. Íleo biliar, experiencia en el Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga. *Cir Cir.* 2017;85(2):114-20.
- Salazar Jiménez M, Alvarado Durán J, Fermín Contreras M, Rivero-Yáñez F, Lupian-Angulo AI, Herrera-González A. Íleo biliar, revisión del manejo quirúrgico. *Cir Cir.* 2018;86:182-6.
- Martín Pérez J, Delgado Plasencia L, Bravo Gutiérrez A, Lorenzo-Rocha N, Burillo-Putze G, Medina-Arana V. Enterolitotomía más colecistectomía precoz, una cirugía de control de daños para pacientes con íleo biliar. *Cir Cir.* 2015;83(2): 156-60.
- Halabi W, Kang Y, Ketana N, Lafaro KJ, Nguyen VQ, Stamos MJ, et al. Surgery for gallstone ileus a nationwide comparison of trends and outcomes. *Ann Surg.* 2014;259(2):329-35.
- Behrens C, Amson B. Laparoscopic management of multiple gallstone ileus. *Surg Laparosc Endosc Percutan Tech.* 2010; 20:e64-5.
- Zuegel N, Hehl A, Lindemann F, Witte J. Advantages of one-stage repair in case of gallstone ileus. *Hepatogastroenterology.* 1997;44(13):59-62.
- Reisner RM, Cohen JR. Gallstone ileus: a review of 1,001 reported cases. *Am Surg.* 1994;60:441-446.
- Sarli L, Pietra N, Costi R, Gobbi S. Gallstone ileus: laparoscopic-assisted enterolithotomy. *J Am Coll Surg.* 1998;186(3):370-1.
- Al Obaid O. Gallstone ileus: a forgotten rare cause of intestinal obstruction. *Saudi J Gastroenterol.* 2007;13:39-42.
- A. Zygomalas, S. Karamanakis, I. Kehagias. Totally laparoscopic management of gallstone ileus—technical report and review of the literature, *J Laparoendosc Adv Surg Tech. A.* 2012;22(3):265-8.