

PRESENTACION DE CASO**Íleo biliar: presentación en la urgencia quirúrgica****Gallstone Ileus: a Surgical Emergency Presentation**

Reinaldo Jiménez Prendes, ⁽¹⁾ Rasiel López Echemendia. ⁽²⁾

¹ Especialista de II Grado en Cirugía General. Profesor Auxiliar. ² Especialista de I Grado en Cirugía General. Hospital General Universitario Dr. Gustavo Aldereguía Lima. Cienfuegos.

¹ Terminal Professional Degree in General Surgery. Associate Professor. ² Second Professional Degree in General Surgery. Dr. Gustavo Aldereguía Lima General Hospital. Cienfuegos.

RESUMEN

Se presenta el caso de una paciente de 60 años de edad, con antecedentes de litiasis vesicular, que ingresó de urgencia por presentar un cuadro de dolor abdominal, vómitos y distensión en el abdomen con 2 días de evolución. De forma secundaria presentó una deshidratación moderada. En la radiografía simple de abdomen se constataron signos radiológicos de oclusión intestinal. Se corrigió el desequilibrio hidroelectrolítico y se realizó una laparotomía exploradora, en la que se encontró un cálculo grande enclavado en el íleon terminal. Se realizó una enterolitotomía con enterorrafia, con lo que se resolvió el cuadro oclusivo.

Palabras clave: pseudo-obstrucción intestinal; procedimientos quirúrgicos del sistema digestivo

ABSTRACT

The case of a 60 years old female patient with a history of gallstones that was admitted as an emergency because of abdominal pain, vomiting and abdominal distension of 2 days is presented. The patient presented also secondary moderate dehydration. In a simple abdominal radiography, radiological signs of intestinal occlusion were found. Electrolyte imbalance was

corrected and an exploratory laparotomy was performed. Through this procedure, a large stone was found in the terminal ileum. Enterolithotomy was performed along with enterorrhaphy, thus solving the occlusion.

Key words: intestinal pseudo-obstruction; digestive system surgical procedures

INTRODUCCIÓN

La litiasis biliar constituye la mayor causa de morbilidad en el mundo occidental y aunque refieren algunos autores que su prevalencia es inferior en los países subdesarrollados, en relación con los industrializados, se ha demostrado que esto no es del todo cierto, un ejemplo se aprecia en Japón que presenta una alta prevalencia en relación a poblaciones indígenas de Chile y México. ^(1, 2)

El íleo biliar constituye una complicación de esta enfermedad y se comporta como un tipo de oclusión intestinal mecánica, causada por el impacto de cálculos biliares dentro del tracto gastrointestinal, como resultado de una comunicación anómala entre este y el sistema biliar. La incidencia mundial es aproximadamente del 1 al 2 % de los cuadros oclusivos. ⁽³⁾

La fistula biliodigestiva se produce cuando un cálculo

Recibido: 22 de noviembre de 2011

Aprobado: 4 de diciembre de 2011

Correspondencia:

Dr. Reinaldo Jiménez Prendes.
Hospital General Dr. Gustavo Aldereguía Lima.
Calle 51 A y Ave. 5 de Septiembre.
Cienfuegos. CP: 55 100

Dirección electrónica: rjimenez@gal.sld.cu

erosiona a las paredes de la vía biliar y del tubo digestivo, esta erosión asociada al proceso inflamatorio, a la reducción del flujo arteriovenoso y al aumento de la presión intraluminal de la vía biliar, ocasiona la perforación, fistulización y evacuación del cálculo biliar hacia el tracto gastrointestinal. ⁽⁴⁾

El íleo biliar es una complicación poco común de la enfermedad litiasica vesicular que se representa del 1 al 3 % de las oclusiones mecánicas de intestino delgado, ⁽⁵⁾ es más frecuente en mujeres en proporción de 3 a 1, posiblemente debido al predominio de la enfermedad en este sexo ^(6, 7) y su mayor incidencia entre las edades de 65 a 80 años. ⁽⁸⁾

Las fístulas biliodigestivas más frecuentes son: las colecistoduodenales (65-77 %), le siguen las colecistocólicas (10-25 %) y las colecistogástricas (5 %),

las colecistoduodenales son mucho menos frecuentes. ⁽⁴⁾

El objetivo de este trabajo es presentar el caso de esta paciente que presenta un cuadro de dolor abdominal y a la que se le realizó una enterolitotomía con enterorrafia, con lo que se soluciona el cuadro oclusivo.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente del sexo femenino, de 60 años de edad, que ingresó en el Servicio de Urgencias del Hospital por presentar un cuadro de dolor abdominal, varios vómitos y distensión abdominal de 2 días de evolución y secundario a ello, presentaba una deshidratación moderada. En la radiografía de abdomen simple de pie, se constató la presencia de niveles hidroaéreos con distensión de asas de intestino delgado y un asa fija en hipocondrio derecho que se correspondía con un íleon. (Figura 1).



Figura 1. Radiografía de abdomen simple de pie

Al examen físico se constataron signos de deshidratación: lengua seca, saburral, mucosas secas, taquicardia (120 latidos por minuto). En el abdomen, se observó distensión simétrica, que seguía los movimientos respiratorios, doloroso a los golpes de tos y a la palpación superficial y profunda de forma difusa, no se palpó tumoración, timpanismo abdominal aumentado ni ruidos hidroaéreos aumentados, de gran intensidad (ruidos de lucha).

Se realizaron los complementarios de laboratorio siguientes: Hemograma completo (hemoglobina: 120 g/L) Hematocrito: 0,41L/L Leucocitos: 12 x10⁹/L Ionograma: K: 3,2; Na: 125 y Ca: 95.

Tratamiento

Se corrigió previamente el desequilibrio hidroelectrolítico y se realizó laparotomía exploradora en la que se constató un plastrón a nivel de hipocondrio derecho y asas dilatadas hasta alrededor de los últimos 30 cm del íleon, así como la presencia de un cálculo grande enclavado a este nivel de 4 cm de largo. Se realizó enterolitotomía con enterorrafia y se resolvió el cuadro oclusivo, se condujo a la paciente a la Unidad de Cuidados Intensivos Quirúrgicos con una evolución satisfactoria, siendo egresada a los 5 días, sin ninguna complicación. (Figura 2).



Figura 2. Muestra del plastrón encontrado

DISCUSIÓN

La obstrucción mecánica intestinal con dolor abdominal, distensión y vómitos, es la presentación clínica más común de la enfermedad, pero esta tiende a ser un poco más insidiosa, debido al efecto de válvula del cálculo. Puede recogerse o no el antecedente de colelitiasis o de colecistitis aguda antes del inicio del cuadro y el sitio más frecuente de obstrucción es el íleon terminal por su reducido calibre y débil peristaltismo en el 65 % de los casos. ⁽⁸⁾

REFERENCIA BIBLIOGRÁFICAS

1. Vicario SJ, Price TG. Obstrucción intestinal. En: Tintinalli JE, Kelen GD, Staperynski JS, editores. Medicina de Urgencias. 6ª ed. México: McGraw Hill;2006. p. 611-5.
2. Vicario SJ, Price TG. Obstrucción intestinal. Medicina de Urgencias. 6ª ed. México: McGraw Hill;2006.
3. Reisner RM, Cohen JR. Gallstone Ileus: a review of 1001 reported cases. Am Surg. 1994;60:441-6.
4. Echenique M, Amondarain J, Lirón C. Análisis retrospectivo de una serie. Gaceta Médica de Bilbao[Revista en Internet].2003[citada 2 de marzo de 2006];100(1):[aprox. 4p]. Disponible en: <http://www.sc.ehu.es/scrwwsr/kirurgia/Kirurgia2003b/ileo%20biliar.htm>.
5. Herrera EJ, Candia RF, Ortega LF. Íleo biliar. Reporte de un caso. Rev Sanid Milit Mex. 2003;57:397-401.
6. Atli AO, Coskun T, Ozec A, Hersek E. Biliary enteric fistulas. Int Surg.1997;82(3):280-3.
7. Hirosawa-Oishi T, Rosas-Salas CV, Fujikami Y, Velasco-Ospina C. Obstrucción intestinal secundaria a íleo biliar. Rev Gastroenterol Mex. 2002;67(1):34-7.
8. Roa G, Jiménez H. Íleo biliar. Presentación de 5 casos. Rev colomb cir. 1993;8(1):67-72.
9. Fortuny Tacias A, Mira Vázquez A, Blanco Bravo A. Obstrucción Intestinal. En: Julián Jiménez A. Manual de Protocolos y Actuación en Urgencias. 2ª ed. Castilla: Complejo Hospitalario de Toledo; 2005. p. 427-30.
10. Cubillos L, Cruz O, Tapia A, Zúñiga J, Palladines G. Íleo biliar. Experiencia clínica actualizada y seguimiento. Rev chil cir. 1991;43(2):142-9.

Los estudios de laboratorio, por lo general, muestran leucocitosis con desviación a la izquierda y trastornos hidroelectrolíticos. Los estudios imagenológicos son de alta importancia en el diagnóstico, el rayo X de abdomen simple de pie es el estudio inicial, aunque se puede complementar con el tránsito intestinal, la tomografía axial computadorizada de abdomen y el ultrasonido abdominal. Los signos radiológicos del íleo biliar fueron descritos por Rigler en 1941 y son: distensión de asas delgadas, asociada en ocasiones a gas en la vía biliar, niveles hidroaéreos, signos de aerobilia e imagen litiásica radiopaca (en cálculos pigmentados) que cambia de posición con los movimientos del paciente, sin embargo, ninguno de estos hallazgos es patognomónico del íleo biliar. ⁽⁹⁾

El tratamiento debe ser quirúrgico, solo en pacientes de alto riesgo se puede intentar el abordaje terapéutico con endoscopia digestiva alta, endoscopia digestiva baja o incluso litotripsia, en dependencia de la localización del cálculo. ^(5,7) Quirúrgicamente existe una controversia en cuanto a la resolución de esta enfermedad en uno o dos tiempos, es decir realizar enterolitotomía, colecistectomía y reparación de la fístula o solo resolver la oclusión intestinal, mediante la enterolitotomía y, en un segundo tiempo, considerar la reparación de la fístula existente si esta lo amerita.

El tratamiento inicial se debe encaminar hacia la resolución del cuadro oclusivo y luego a la reparación de la fístula bilioentérica; no obstante, existe un consenso mundial, que indica que ambos procedimientos se pueden realizar en un solo tiempo, en los pacientes con buen estado general o con cuadros asociados de colecistitis aguda o coledocolitiasis. ⁽¹⁰⁾