

PRESENTACION DE CASO

Oclusión intestinal por íleo biliar. Presentación de un caso

Intestinal Obstruction Caused by Gallstone Ileus. A Case Presentation

Dr. Mayquel Monzón Rodríguez,⁽¹⁾ Dra. Lidia Torres Aja,⁽²⁾ Dra. Nancy Capín Sarria⁽³⁾.

¹Especialista de I Grado en Cirugía General. Profesor Asistente. ²Especialista de II Grado en Cirugía General. MSc. en Atención Integral a la Mujer. MSc. en Educación Médica. Profesora Auxiliar. Profesora Consultante. ³Especialista de II Grado en Cirugía General. MSc. en Urgencias Médicas. Profesora Asistente. Hospital General Universitario Dr. Gustavo Aldereguía Lima. Cienfuegos.

¹Second Professional Degree in General Surgery. Assistant Professor. ²Terminal Professional Degree in General Surgery. MSc. in General Care for Women. MSc. in Medical Education. Associate Professor. Consulting Professor. ³Terminal Professional Degree in General Surgery. MSc. in Medical Emergencies. Assistant Professor. Dr. Gustavo Aldereguía Lima General University Hospital. Cienfuegos.

RESUMEN

El íleo biliar es la obstrucción mecánica del tubo digestivo producida por el impacto de un cálculo en la luz intestinal. Es una complicación rara de la litiasis biliar que ocurre en apenas el 0,1 % de los pacientes. Se presenta el caso de una paciente femenina de 89 años, diabética, hipertensa y con afección cardiaca, que acudió al Cuerpo de Guardia de Cirugía del Hospital General Universitario Dr. Gustavo Aldereguía Lima, de Cienfuegos, por dolor abdominal y vómitos. Se constató mediante examen físico y radiológico la presencia de una oclusión intestinal mecánica por lo cual fue intervenida quirúrgicamente de urgencia. Se encontró como causa de la oclusión un grueso cálculo en un asa yeyunal. La paciente evolucionó satisfactoriamente y fue dada de alta a los 5 días de operada.

Palabras clave: obstrucción intestinal; íleon; coledocolitiasis; colelitiasis

Límites: humanos; adulto

ABSTRACT

Gallstone ileus is the mechanical obstruction of the digestive tract caused by the impact of a calculation in the intestinal lumen. It is a rare complication of gallstones occurring in only 0.1% of patients. The case of a female, 89 years old patient suffering from diabetes, hypertension and a heart condition, who attended the Surgery Emergency Service of the Hospital for abdominal pain and vomiting is presented. Through physical examination and complementary radiological tests it was detected the presence of a mechanical intestinal obstruction for which the patient underwent emergency surgery. As the cause of occlusion it was found a thick gallstone in a jejunal loop. The patient progressed satisfactorily and was discharged 5 days after surgery.

Key words: intestinal obstruction; ileum; choledocholithiasis; cholelithiasis

Limits: humans; adult

Recibido: 22 de abril de 2012

Aprobado: 4 de mayo de 2012

Correspondencia:

Dr. Mayquel Monzón Rodríguez
Calle 10 de Octubre No. 1.
Cruces. Cienfuegos. CP: 55 100.
Teléfono: 573879.

Dirección electrónica: lidia.torres@gal.sld.cu

INTRODUCCIÓN

El íleo biliar es la obstrucción mecánica del tubo digestivo producida por el impacto de un cálculo en la luz intestinal. Es una complicación rara de la litiasis biliar que ocurre en apenas el 0,1 % de los pacientes y supone entre el 1 y el 6 % del total de las oclusiones intestinales mecánicas del adulto. ⁽¹⁾

La primera descripción fue hecha por Bartholin en 1645 en el curso de una autopsia, ⁽²⁾ en 1872 Roth comunicó una incidencia del 8 % de fistulas biliares internas en pacientes que fallecieron por litiasis del árbol biliar y ya en 1890 Courvoisier publicó una serie de 131 casos. En 1940 el *London Medical Gazette* publica la primera fistula colecistoduodenal y en 1948 se publica sobre la fistula colecistobiliar (Síndrome de Mirizzi). ^(1,3)

Es más frecuente en ancianos y la mayoría de las series internacionales y nacionales informan un promedio de edad entre 65 y 75 años; afecta principalmente al sexo femenino. ^(2,4,5)

Se estima que el diámetro mínimo del cálculo necesario para producir obstrucción intestinal es de 2,5 cm, a menos que exista una alteración de la dinámica intestinal previa o alguna causa de estenosis. ⁽⁶⁾ La fistula bilioentérica se produce cuando un cálculo erosiona 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 intestinal. Lo más común es su paso desde la vesícula al duodeno y su progresión distal, ^(1,2,7) hasta que en algún sector del intestino delgado se produce la impactación: 70 % en el íleon, 25 % en el yeyuno o íleon proximal y 5 % en el duodeno (síndrome de Bouveret) o colon. ⁽⁸⁾

Los exámenes complementarios fundamentalmente usados para el diagnóstico son: la radiografía simple de abdomen, el ultrasonido abdominal y la tomografía axial computarizada. ^(1,2,9)

Si el tratamiento médico no es eficaz o no es posible de aplicar (endoscopia digestiva alta o baja, litotricia, etc.), el tratamiento es quirúrgico y debe estar dirigido primordialmente a la obstrucción intestinal y en segundo lugar a la fistula biliodigestiva, lo que puede realizarse simultáneamente o no, en dependencia de las condiciones locales y de las generales del paciente. ^(1-3,10)

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente femenina, obesa, de 89 años de edad, de color de piel negra, con antecedentes de hipertensión arterial, diabetes mellitus y cardiopatía isquémica, que acudió al Cuerpo de Guardia de Cirugía del Hospital General Universitario Dr. Gustavo Aldereguía Lima, de Cienfuegos, por dolor abdominal y distensión, acompañado de múltiples vómitos, con antecedentes de haber acudido en varias ocasiones al Servicio de Urgencia de Cirugía por igual sintomatología, en días

anteriores.

Al examen físico se encontraron ligeros signos de deshidratación, abdomen distendido de forma simétrica, con ruidos hidroaéreos normales.

Se realizaron exámenes complementarios. Resultó de importancia el rayos X simple de abdomen, en el que se observaron niveles hidroaéreos.

Se ingresó con hidratación y medidas descompresivas. Se evolucionó clínica y radiológicamente a las dos horas y al no existir mejoría se decidió tratamiento quirúrgico de urgencia con posible diagnóstico de oclusión intestinal mecánica por tumor de colon.

Se realizó laparotomía exploradora que demostró la presencia de un grueso cálculo en un asa yeyunal, responsable del cuadro clínico de la paciente.

Se observó una porción del intestino ocluido. (Figura 1).



Figura 1. Imagen que muestra una porción de intestino ocluido

Se realizó enterolitotomía y enterorrafia. (Figuras 2 y 3).



Figura 2. Imagen que muestra la apertura del asa intestinal



Figura 3. Cálculo biliar extraído

La paciente evolucionó de forma favorable, las primeras 48 horas en la Unidad de Cuidados Progresivos, luego se trasladó a la sala de cirugía y egresó a los siete días sin

complicaciones en el posoperatorio.

DISCUSIÓN

El íleo biliar es una complicación de la coledoclitiasis que se manifiesta como obstrucción intestinal mecánica. La condición *sine qua non* para el íleo biliar es la presencia de una fistula entre la vesícula biliar y el tracto gastrointestinal.^(1,2) Con frecuencia está precedida de un cuadro de colecistitis aguda, existen antecedentes biliares de larga data en 25 a 75 % de los casos, pero también se encuentra en pacientes sin historia de enfermedad biliar o con colecistectomía previa. La inflamación y adhesión resultantes facilitan la erosión del cálculo través de la pared vesicular, formando una fistula colecistoentérica que permite el pasaje de este.⁽³⁻⁵⁾

El cuadro clínico de presentación más común es una oclusión intestinal mecánica con distensión y dolor abdominal, vómito, constipación. Rigler describió 4 signos que, en el caso de ser simultáneos, son patognomónicos: distensión intestinal, neumobilia, visión del cálculo biliar en posición aberrante y cambios en su ubicación.^(1,6,7)

Los hallazgos al examen físico suelen ser inespecíficos, incluso pueden ser normales entre uno y otro ataque de dolor y solo en un 43 % de los casos es identificado antes de la intervención quirúrgica.⁽¹⁾

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. González Sosa G, Díaz Mesa J, Collera Rodríguez S, González García GA, Moré Vara S, Romero Rodríguez J. Íleo biliar, complicación poco frecuente de la litiasis vesicular. Rev Cubana Cir[revista en Internet]. 2010[citado 23 Ene 2012];49(2):[aprox. 7 p.]. Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/cir/vol49_2_10/cir11210.htm.
2. Álvarez Chica LF, Bejarano Cuellar W, Rojas Cardoso OL. Íleo biliar y síndrome de Bouveret, lo mismo pero distinto. Descripción de 2 casos y revisión de la literatura. Rev Col Gastroenterol. 2010;25(1):86-93.
3. Lobo O, Hernández M, Ramírez P. Íleo biliar, presentación de un caso y revisión de la literatura. Col Med Estado Táchira. 2009;18(1):18-21.
4. Bernal A, Gómez Velásquez MA, Molano F. Íleo biliar, reporte de un caso. Rev Colomb Radiol. 2008;19(3):2476-8.
5. Rivoira G, Barotto M, Parodi M, Napolitano D, Viscido G, Doniquian M, Picon Molina H, Palencia R. Íleo biliar en paciente colecistectomizado. Caso clínico. Rev Chil Cir. 2008;60(3):236-40.
6. Soltero Godoy A, Valverde Grimaldi A, Zamorano Pozo T, Domínguez Tristáncho JL. Obstrucción intestinal por íleo biliar. Emergencias. 2006;18:256-7.
7. Pérez Baltonado A, Bermúdez Coto M, Centeno Rodríguez M, Vargas Alpizar W. Íleo biliar. Acta Méd Costarric [revista en Internet]. 2005[citado 23 Ene 2012];47(1):[aprox. 7 p.]. Disponible en: http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?pid=S0001-60022005000100010&script=sci_arttext.
8. Jiménez Prendes R, López Echemendía R. Íleo biliar: presentación en la urgencia quirúrgica. Medisur[revista en Internet]. 2011[citado 23 Ene 2012];9(6):[aprox. 3 p.]. Disponible en: <http://www.medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/1615/6617>.
9. Vicario SJ, Price TG. Obstrucción intestinal. En: Tintinalli JE, Kelen GD, Staperynski JS, editores. Medicina de Urgencias. 6^{ta} ed. México: McGraw Hill; 2006. p. 611-5.
10. Casanova G, Parlopiano D, Gil D, Martínez D, Ochoa R. Síndrome de Bouveret e íleo biliar, reporte de un caso y revisión de la literatura. GEN. 2005;59(2):138-41.