



Íleo biliar: diagnóstico por tomografía computada multidetector (TCMD)

José Daniel Ruiz Arteaga,* Miguel Ángel Criollo López,† Reynaldo Ramírez Chacón§

Caso clínico: Presentamos el caso de un paciente femenino de 71 años de edad, sin antecedentes quirúrgicos ni enfermedades crónico-degenerativas, que acude al Departamento de Urgencias de nuestra institución con un padecimiento actual de dos semanas de evolución caracterizado por dolor punzante en hipocondrio derecho, el cual cedió espontáneamente una semana después. En la última semana de nuevo inicia con dolor y distensión abdominal a lo cual se agrega vómito e intolerancia a la vía oral en los últimos tres días. Los laboratorios únicamente demostraron leucocitosis leve y alteraciones hidroelectrolíticas. En la TCMD identificamos obstrucción yeyunal causada por la impactación de un cálculo biliar de 3 cm de diámetro (Figura 1). La vesícula biliar presentaba sus paredes engrosadas y con aire en su interior (Figura 2), también se identificó su comunicación fistulosa con el duodeno (Figura 3). Había aire además en la vía biliar intra y extrahepática (Figura 3). Con estos hallazgos se estableció el diagnóstico de íleo biliar y la paciente fue sometida a enterotomía con extracción del lito, colecistectomía y reparación de la fistula colecistoduodenal. La paciente tuvo una recuperación sin contratiempos y fue dada de alta por mejoría 10 días después.

ÍLEO BILIAR

El íleo biliar es una complicación muy rara de la litiasis vesicular causada por la migración de un cálculo biliar,

generalmente mayor de 2.5 cm, que pasa hacia el intestino a través de una fistula colecistoentérica hasta quedar impactado, tal proceso ocasiona un cuadro obstructivo intestinal.¹⁻³ Esta condición es responsable de 1 a 4% de todas las causas de obstrucción intestinal mecánica. Tiene una mayor incidencia en mujeres a razón de 16:3 y

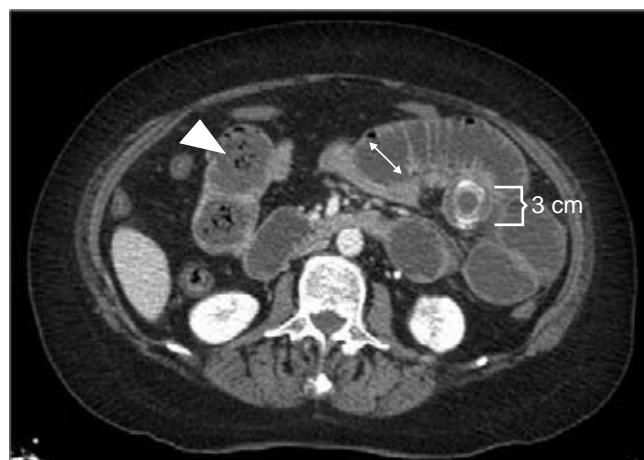


Figura 1. Imagen axial de TCMD que demuestra obstrucción a nivel del yeyuno con distensión anormal de asas (flecha doble) y el signo de fecalización intestinal (punta de flecha) causada por la impactación de un cálculo biliar de 3 cm.

* Médico adscrito al Departamento de Tomografía Computada. Hospital "Gustavo Adolfo Rovirosa Pérez" de la ciudad de Villahermosa, Tabasco, México.

† Residente de segundo año de Radiología e Imagen. Hospital "Gustavo Adolfo Rovirosa Pérez" de la ciudad de Villahermosa, Tabasco, México.

§ Jefe de Servicio del Departamento de Radiología e Imagen. Hospital Ángeles de la Ciudad de Villahermosa, Tabasco, México.

Correspondencia:

Dr. Daniel Ruiz Arteaga

Av. Ramón Mendoza Núm. 527. Conjunto Habitacional Las Torres. Torre 2 Dpto. 402, Colonia Tierra Colorado 86126
Correo electrónico: radiologo_danielruiz@hotmail.com.

Aceptado: 8-02-2012.

Este artículo puede ser consultado en versión completa en <http://www.medicgraphic.com/actamedica>

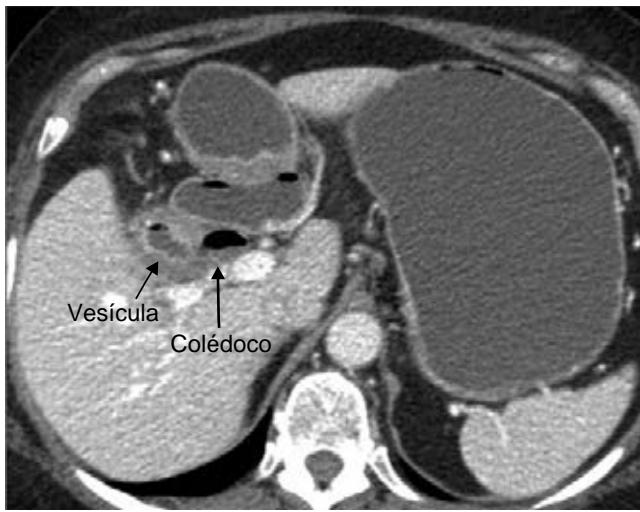


Figura 2. Imagen axial de TCMD (más cefálica que la figura 1) en la que se observa a la vesícula biliar de paredes engrosadas y con aire en su interior; también hay aire en el coléodo.

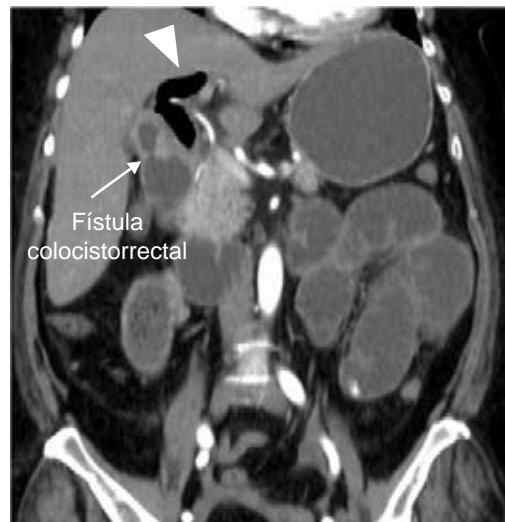


Figura 3. Reconstrucción coronal de TCMD en la que se identifica la comunicación fistulosa entre la vesícula y el duodeno. Se observa aire en el coléodo y en la rama izquierda de la vía biliar intrahepática (punta de flecha).

entre personas de 65 a 75 años de edad. La morbilidad y mortalidad obedecen a la serie consultada y generalmente dependen de la prontitud con que se realicen el diagnóstico y el tratamiento.¹

Las manifestaciones clínicas de esta patología están determinadas por la obstrucción intestinal, dicha obstrucción condiciona la presencia de náusea, vómito, dolor y distensión abdominal. El antecedente de la patología vesicular está presente sólo en 50% de los casos, y esto, en ocasiones, suele entorpecer el diagnóstico. Por lo general, su manifestación suele ser insidiosa con episodios alternados de mejoría y relapso que corresponden al avance del lito a través del intestino delgado.²

La TCMD ha revolucionado el enfoque diagnóstico de esta patología ya que no sólo permite detectar el sitio de impactación del lito, sino también su número y la presencia de la fistula colecistoenterica lo que ayuda a

planificar el tratamiento.^{2,3} La tríada característica del íleo biliar descrita por Rigler consta de la localización de lito ectópico dentro del intestino, neumobilia y obstrucción intestinal.² Tales hallazgos son patognomónicos de esta entidad y sólo la ausencia de neumobilia o de un cálculo biliar no calcificado hacen el diagnóstico incierto.³

REFERENCIAS

1. Mondragón-Sánchez A, Berrones-Stringel G, Tort-Martínez A, Sobranes-Fernández C, Domínguez-Camacho L, Mondragón-Sánchez R. Catorce años de experiencia en el manejo quirúrgico del íleo biliar. *Rev Gastroenterol Mex* 2005; 70(1): 44-49.
2. Motta-Ramírez GA, González-Burgos O, Kirsch J. Íleo biliar: Lo que el radiólogo debe saber. *An Radiol Mex* 2007; 1: 43-45.
3. Lassandro F, Romano S, Ragazzino A, Rossi G, Valenta T, Ferrara I et al. Role of helical CT in diagnosis of gallstone ileus and related conditions. *AJR* 2005; 185: 1159-1165.