

Caso clínico de expulsión espontánea de lito en paciente con íleo biliar. En Hospital General de Manzanillo, Colima

Case report of spontaneous expulsion of gallstone in a patient with biliary ileus. In General Hospital of Manzanillo, Colima

César Alejandro López Romero,* Juan Manuel Gómez Rodríguez,*
Antonio Romero Nogales†

Palabras clave:

íleo biliar, lito, obstrucción intestinal.

Keywords:

gallstone ileus, stone, intestinal obstruction.

RESUMEN

El íleo biliar es una complicación poco común de la coledoclitiasis y sólo se presenta en 0.3-0.5% de los pacientes con patología biliar, descrito como una obstrucción intestinal mecánica debida a la impactación de uno o más cálculos biliares dentro del tracto gastrointestinal. El lito llega al intestino por medio de una fístula colecistoentérica. El tipo de fístula más frecuente se localiza entre la vesícula biliar y el duodeno. Debido a la falta de sospecha de este padecimiento, el diagnóstico se realiza con laparotomía exploradora en 50% de los pacientes. La mayoría de la bibliografía recomienda tanto manejo quirúrgico como resolutivo del cuadro obstructivo; sin embargo, sólo existe hasta el momento sólo un reporte de caso en la india de evacuación espontánea.

ABSTRACT

Gallstone ileus is a rare complication of cholelithiasis and only occurs in 0.3-0.5% of patients with biliary pathology, described as a mechanical intestinal obstruction due to the impaction of one or more gallstones within the gastrointestinal tract. The stone reaches the intestine through a cholecystoenteric fistula. The most common type of fistula is located between the gallbladder and the duodenum. Due to the lack of suspicion of this condition, the diagnosis is made with exploratory laparotomy in 50% of patients. Most of the bibliography recommends surgical management as a solution to the obstructive condition, however, so far there is only one case report in India of spontaneous evacuation.

INTRODUCCIÓN

El íleo biliar fue descrito por primera vez en 1654 por Erasmus Bartolím en un estudio de necropsia.¹ Es causado por el paso de un cálculo biliar desde los ductos biliares hacia el lumen intestinal por medio de una fístula. El tipo de fístula más frecuente se localiza entre la vesícula biliar y el duodeno. La fístula aparece cuando hay episodios recurrentes de colecistitis aguda, generando una amplia inflamación y adhesiones entre la vesícula biliar y el tracto digestivo.² Esta patología representa de 1 a 4% de las causas de oclusión mecánica del intestino

delgado en pacientes menores de 65 años.³ Esta entidad se presenta con mayor frecuencia en pacientes mayores de 65 años y tiene una prevalencia de hasta 25% como causa de oclusión en este grupo de edad.⁴ Esta entidad se presenta con mayor frecuencia en pacientes mayores de 65 años y tiene una prevalencia de hasta 25% como causa de oclusión en este grupo de edad.⁵ Predomina en el género femenino con una proporción de 3.5-6.1:1.⁶ La sospecha diagnóstica es de suma importancia para un manejo oportuno. En una revisión de literatura japonesa se reportó por Kashara y colaboradores que sólo ocho de 112 pacientes

* Médico residente de primer año de Cirugía General.
† Jefe del Servicio de Cirujano General.

Recibido: 17/05/2022
Aceptado: 02/05/2023



Citar como: López RCA, Gómez RJM, Romero NA. Caso clínico de expulsión espontánea de lito en paciente con íleo biliar. En Hospital General de Manzanillo, Colima. Cir Gen. 2023; 45 (2): 116-119. <https://dx.doi.org/10.35366/111514>

presentaron paso espontáneo de lito en tracto gastrointestinal.⁷

PRESENTACIÓN DEL CASO

Mujer de 58 años originaria de Tequesquitlán, Jalisco y residente de Manzanillo, Colima. Acude a urgencias por cuadro clínico de ocho días de evolución caracterizado por dolor en epigastrio 9/10 en la escala visual análoga, tipo punzante acompañado de náuseas que progresa a vómitos de contenido gastrobiliar, evacuaciones y flatos presentes. Se inició manejo con antiácidos por médico particular previo al ingreso a urgencias sin mostrar mejoría de sintomatología. A la exploración física presenta como hallazgos de relevancia distensión abdominal con dolor a la palpación superficial y profunda localizado en epigastrio y mesogastrio, se encuentra timpanismo generalizado y peristalsis disminuida. No se encuentra resistencia muscular ni datos de irritación peritoneal al momento de su ingreso. Como antecedentes de importancia es alérgica a dextrometorfano y penicilina. Niega antecedentes de cuadros dolorosos abdominales sugestivos de colecistitis. También se negaron enfermedades crónico-degenerativas y cirugías. En sus paraclínicos presenta leucocitos $18.13 \times 10^3/$

mililitros, con neutrófilos $15.56 \times 10^3/$ mililitros, linfocitos $1.44 \times 10^3/$ mililitros, hemoglobina 11.60 gramos/decilitros, hematocrito 34.60%, plaquetas $359 \times 10^3/$ mililitros, creatinina 0.60 miligramos/decilitros, nitrógeno ureico 8.6 miligramos/decilitros, urea 18.5 miligramos/decilitros, sodio 138 mEq/l, potasio 3.3 mEq/l y cloro 104 mEq/l. Se realiza tomografía axial computarizada con material de contraste vía oral encontrando vesícula biliar con material de contraste proveniente de duodeno mostrando comunicación anómala entre ambas estructuras en relación con trayecto fistuloso a nivel de la segunda porción de duodeno, asas de intestino secundario a múltiples niveles hidroaéreos secundario a lito de 24 milímetros en íleon distal a 40 centímetros de la válvula ileocecal con distensión de asas proximal a este sitio (*Figura 1*). Se coloca sonda nasogástrica en su primer día de ingreso hospitalario teniendo un gasto de 1,400 centímetros cúbicos en las primeras 24 horas.

En su segundo y tercer día de estancia intrahospitalaria la paciente no presentó evacuaciones ni flatos, se acompaña de distensión abdominal significativa y timpanismo generalizado, aun sin datos de irritación peritoneal.

Se decidió enviar al paciente a un hospital de alta especialidad debido a alta complejidad de la patología, se realizó en dos ocasiones durante su segundo y tercer día de estancia intrahospitalaria refiriendo que no podían aceptar al paciente por una alta demanda de hospitalizados. Debido a que el cuadro clínico se agravaba, se toma la decisión de intervención por medio de laparotomía exploradora durante su cuarto día de estancia.

Previo a su intervención quirúrgica, se reportó evacuación con heces líquidas acompañado de cálculo biliar confirmado por enfermería y por la paciente.

Después es sometida a laparotomía exploradora, en la cual se observa vesícula biliar esclerótica con múltiples adherencias de epiplón y fístula de 5 milímetros que conecta vesícula biliar con segunda porción de duodeno (*Figuras 2 y 3*), se realiza una revisión sistemática de todo el intestino en búsqueda de litos residuales sin encontrar presencia de los mismos. Por lo cual no se realiza enterolitotomía longitudinal. Se procede a realizar cierre primario de fístula

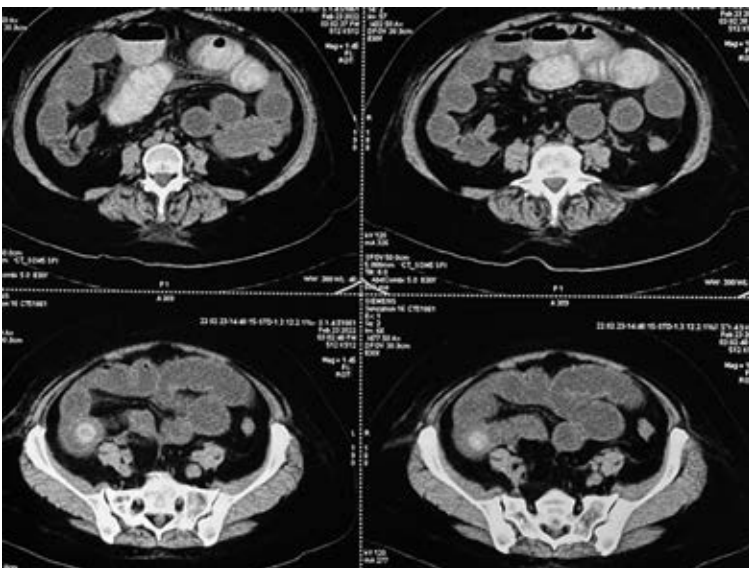


Figura 1: Tomografía en corte axial que muestra lito de 24 mm a nivel de íleon distal.

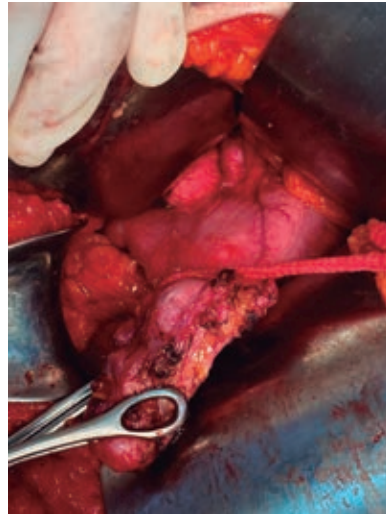


Figura 2: Vesícula biliar adherida a segunda porción de duodeno con aspecto esclerótico.

en dos planos con puntos Connel-Mayo con polipropileno 2-0 y puntos de Lambert con seda 2-0 (Figura 4). Posteriormente se realiza colecistectomía, se cierra cavidad por planos sin colocación de ningún tipo de drenaje.

El paciente presentó buena evolución clínica después de la intervención quirúrgica con evacuación tipo Bristol 6 en el segundo día postoperatorio. Se inició dieta líquida a las 72 horas de intervención quirúrgica con adecuada tolerancia, siendo posible la progresión de la misma. Debido a la evolución favorable sin complicaciones se decide egreso hospitalario.

Una semana después, acude a consulta externa del servicio de cirugía general, sin complicaciones, sin datos de infección de sitio quirúrgico, con buena tolerancia a la dieta y evacuaciones presentes, también con resultado histopatológico de pieza quirúrgica, demostrando colecistitis crónica, colecistolitiasis, presencia de zonas fibróticas sugestivas de escleroatrofia y negativo para neoplasia maligna.

DISCUSIÓN

El íleo biliar es una rara complicación de litiasis vesicular en 0.3-0.4%, el mecanismo más frecuente de paso de lito es a través de fístula vesículo-duodenal, misma situación que presentó nuestro paciente. Este caso clínico de íleo

biliar corresponde a una presentación inusual, debido a que la edad del caso se encuentra por debajo de los 65 años, que corresponde a menos de 4% de incidencia de esta patología según las literaturas citadas en esta publicación. Un cálculo de tamaño mayor a 2 cm de diámetro genera obstrucción a nivel del intestino delgado en 90% de los casos,² lo cual concuerda con el nuestro, donde se documentó un lito de 24 mm por tomografía axial computarizada (TAC) responsable del cuadro oclusivo a inicios de la enfermedad; sin embargo, destaca la expulsión espontánea del lito en las heces fecales. Cabe destacar los pocos casos documentados de expulsión espontánea del cálculo en íleo biliar, lo que hace nuestro reporte de caso con resolución infrecuente de íleo biliar. Se han reportado en la literatura japonesa apenas ocho casos de 112 que presentaron resolución espontánea. Existe aún controversia sobre el manejo del íleo biliar, aunque la mayor parte de la bibliografía concuerda en que el manejo quirúrgico continúa siendo de elección en todos los casos reportados, recomendando una enterolitotomía con extracción de cálculos, seguida o no de colecistectomía y reparación de fístula. En este caso se realizó cirugía en un solo tiempo, ya que ofrece las ventajas de evitar complicaciones futuras, como la presencia de carcinoma de vesícula biliar en



Figura 3: Fístula enterobiliar de aproximadamente 5 mm de longitud.

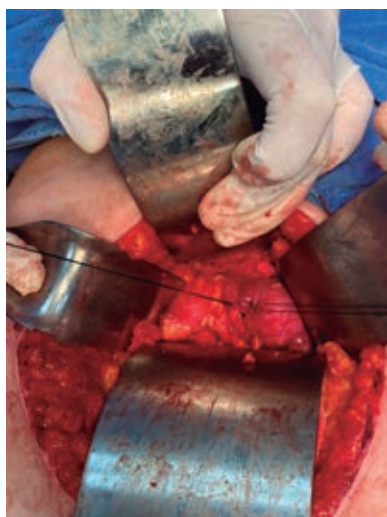


Figura 4: Cierre primario de fístula que se muestra sobre segunda porción de duodeno.

15%, colecistitis o colangitis o recurrencias de cuadro obstructivo.⁶

CONCLUSIONES

El establecer un diagnóstico precoz de íleo biliar nos ayuda prevenir complicaciones secundarias a un cuadro obstructivo a nivel intestinal, mediante estudios de imagen. El mejor estudio siempre será la tomografía reforzada con material de contraste por tener una sensibilidad por arriba de 90% frente a otros estudios. El tratamiento siempre será quirúrgico y encaminado principalmente a resolver la obstrucción con una enterotomía y extracción del cálculo, posteriormente se tendrá que reparar la fístula bilioentérica causante de la llegada del lito hacia a la luz intestinal para prevenir posteriores cuadros de íleo biliar y disminuir el riesgo de cáncer vesicular biliar secundario al reflujo del contenido gastrointestinal hacia la vesícula biliar mediante esta comunicación.

AGRADECIMIENTOS

Agradecemos al jefe de enseñanza de este hospital Dr. Francisco Martínez Rosales y jefe del servicio de cirugía general Dr. Antonio Ro-

mero Nogales por hacer posible este artículo de reporte de caso.

REFERENCIAS

1. Castillo MB, César J, Belmontes P. Íleo biliar, una causa infrecuente de oclusión intestinal Presentación de un caso clínico y revisión de la literatura [Internet]. Revista de la Facultad de Medicina de la UNAM. 2015; 58: 33-39. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/facmed/un-2015/un151e.pdf>
2. Ploneda-Valencia CF, Gallo-Morales M, Rinchon C, Navarro-Muñiz E, Bautista-López CA, et al. El íleo biliar: una revisión de la literatura médica. Rev Gastroenterol Mex. 2017; 82: 248-254. Disponible en: <http://www.revistagastroenterologiamexico.org/es-el-ileo-biliar-una-revision-articulo-S0375090617300137>
3. González C, Ea GM, Naranjo C, Cordova G, Rivas F, Olivares L, et al. Íleo biliar: diagnóstico y tratamiento oportuno de una enfermedad infrecuente. Cir Andal. 2021; 32: 36-42. Disponible en: https://www.asacirujanos.com/admin/upfiles/revista/2021/Cir_Andal_vol32_n1_05.pdf
4. Martín-Pérez J, Delgado-Plasencia L, Bravo-Gutiérrez A, Burillo-Putze G, Martínez-Riera A, et al. El íleo biliar como causa de abdomen agudo. Importancia del diagnóstico precoz para el tratamiento quirúrgico [Gallstone ileus as a cause of acute abdomen. Importance of early diagnosis for surgical treatment]. Cir Esp. 2013; 91: 485-489. Spanish. doi: 10.1016/j.ciresp.2013.01.021.
5. Sesti J, Okoro C, Parikh M. Enterolitotomía laparoscópica para el íleo biliar. J Am Coll Surg. 2013; 217: e13-15. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jamcollsurg.2013.04.037>
6. Ayantunde AA, Agrawal A. Gallstone ileus: diagnosis and management. World J Surg. 2007; 31: 1292-1297. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1007/s00268-007-9011-9>
7. Brandariz Gil L, Fernández de Miguel T, Perea J. Rigler triad in gallstone ileus. Rev Esp Enferm Dig. 2016; 108: 581-582. Available in: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-01082016000900013&lng=es.

Consideraciones y responsabilidad ética: privacidad de los datos. De acuerdo a los protocolos establecidos en nuestro centro de trabajo, se declara que se han seguido los protocolos sobre la privacidad de datos de pacientes y preservado su anonimato.

Financiamiento: no se recibió apoyo financiero para la elaboración de este trabajo.

Conflicto de intereses: ninguno de los autores tiene conflicto de intereses en la realización de este estudio.

Correspondencia:

César Alejandro López-Romero

E-mail: cesar.lopez95@outlook.com