

Obstrucción intestinal secundaria a íleo biliar: reporte de dos casos

RESUMEN

El íleo biliar es una enfermedad poco común, representa del 1 a 3% de las obstrucciones del intestino delgado y menos del 0.5% de las complicaciones de la colelitiasis. El diagnóstico es ocasional, lo que implica un alto riesgo de complicaciones y mortalidad del 12 al 27%, aunado a la edad avanzada de los pacientes, las condiciones clínicas y la alta incidencia de enfermedades concomitantes. El tratamiento quirúrgico va dirigido a resolver la obstrucción intestinal, la reparación de la fístula bilioentérica es controversial. Presentamos dos casos clínicos de íleo biliar, que ocasionó obstrucción intestinal, con condiciones clínicas y enfermedades concomitantes diferente, que fueron resueltos satisfactoriamente.

Palabras clave: íleo biliar, obstrucción intestinal, colelitiasis, fístula colecistoduodenal, neumobilia.

Salvador Eloy García-Valenzuela¹
Francisco Samuel Trujillo-Bracamontes²
Benjamín Quintero-García²
José del Carmen Ríos-Beltrán²
Denisse Valdez-Avilés³

¹ Médico residente. Servicio de Cirugía General.

² Médico adscrito. Servicio de Cirugía General.

³ Médico General. Servicio de Medicina Familiar.

Hospital Regional Manuel Cárdenas de la Vega,
Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los
Trabajadores del Estado. Culiacán, Sinaloa, México.

Intestinal obstruction secondary to biliary ileus: report of two cases

ABSTRACT

Gallstone ileus is an uncommon disease, represent 1-3% of small bowel obstructions and less than 0.5% of the complications of cholelithiasis. Diagnosis is occasional, which implies a high risk of complications and mortality from 12 to 27%, pooled with the advanced age of the patients, clinical conditions and the high incidence of comorbidities. Surgical treatment is aimed at resolving the intestinal obstruction, biliary enteric fistula repair is controversial. We present two cases of gallstone ileus, which caused intestinal obstruction, with different clinical conditions and comorbidities, which were resolved satisfactorily.

Key words: Gallstone ileus, bowel obstruction, cholelithiasis, cholecystoduodenal fistule, pneumobilia.

Recibido: 1 diciembre, 2014

Aceptado: 16 enero, 2015

Correspondencia: Dr. Salvador Eloy García Valenzuela
Servicio de Cirugía General del Hospital Regional ISSSTE
Calzada Heroico Colegio Militar 875 Sur
CP 80000, Culiacán, Sinaloa, México
dr.sgv_86@hotmail.com

Este artículo debe citarse como

García-Valenzuela SE, Trujillo-Bracamontes FS, Quintero-García B, Ríos-Beltrán JC, Valdez-Avilés D. Obstrucción intestinal secundaria a íleo biliar: reporte de dos casos. Rev Esp Med Quir 2015;20:111-115

INTRODUCCIÓN

El íleo biliar es una enfermedad poco común, fue descrita por primera vez por Bartholin en 1654. Representa de 1 a 3% de todas las obstrucciones intestinales y menos de 0.5% de las complicaciones de la colelitiasis. Se produce como consecuencia del paso de uno o más litos a través de una fístula bilioentérica interna espontánea. Sólo 1 a 15% de las fístulas bilioentéricas producen íleo biliar. La fístula más frecuente es la colecisto-duodenal (72-80%) seguida de la colecisto-cólica (8-12%) y la colecisto-gástrica (3-5%). El diámetro aproximado para que el lito produzca oclusión intestinal es de 2.5 cm y los sitios donde más frecuentemente se impactan son íleo terminal (60%), íleo proximal (24%), yeyuno distal (9%), colon y recto (2 a 4%). El diagnóstico es ocasional, lo que implica un margen significativo de complicaciones y mortalidad de entre 12 y 27% debido a la edad avanzada de los pacientes, a las condiciones clínicas y a la alta incidencia de enfermedades concomitantes.¹⁻⁸

Dada la baja prevalencia del íleo biliar como causa de obstrucción intestinal y a su cuadro clínico tan inespecífico que dificulta un diagnóstico temprano, se presentan dos casos clínicos de íleo biliar que ocasionó obstrucción intestinal con condiciones clínicas y enfermedades concomitantes diferentes; ambos fueron resueltos satisfactoriamente.

Caso 1

Mujer de 69 años de edad, con antecedente de litiasis vesicular de 8 años de evolución. Inició su padecimiento 10 días antes del ingreso, con dolor abdominal en epigastrio, tipo cólico, irradiado a ambas fosas ilíacas, acompañado de náuseas y vómitos de contenido biliar por lo que acudió al servicio de urgencias. Se le practicó un ultrasonido de abdomen superior que reportó

vesícula esclerotrófica con imágenes sugestivas de litiasis vesicular; se le dio tratamiento médico con analgésicos y antieméticos. Experimentó alivio de los síntomas y fue egresada. Cinco días después reingresó al servicio de urgencias con dolor abdominal generalizado, vómito fecaloide, ausencia de evacuaciones y distensión abdominal. A la exploración física se le encontró consciente, cooperadora, orientada, T/A: 90/60, FC: 120 pm, FR: 24 pm, T 37.5°C, quejumbrosa, fascies hipocrática, palidez generalizada, conjuntivas hipocrómicas, mucosas secas, abdomen globoso, peristaltismo ausente, a la percusión: timpánico generalizado, a la palpación: blando, depresible, doloroso en epigastrio e hipocondrio derecho y en fosa ilíaca derecha, Blumberg (+), Murphy (-). Laboratorio: Hb 14.9, HTO: 44, leucocitos 26.16, plaquetas 449, TP: 14.3, TTP: 25.6, glucosa 133, urea 75, BUN: 35.05, creatinina 1.42, TGO: 13, TGP: 9, FA: 96, bil d: 0.54, bil ind: 0.28, bil t: 0.82, Na: 129.6, K: 4.72, Cl: 88.5, EGO leucos: 75-80/campo. Radiografía simple de abdomen: dilatación de asas de intestino delgado, niveles hidroaéreos y ausencia de gas en colon. Tomografía de abdomen simple: neumbilia y dilatación de asas del intestino delgado (Figuras 1 y 2). Se efectuó laparotomía exploradora y se encontró líquido libre (1 000 cm³), lito de 3 × 4 cm a 60 cm de la válvula ileocecal obstruyendo la luz intestinal (Figura 3); se localizó perforación del intestino delgado a 60 cm de ángulo de Treitz, además de fístula coledocoduodenal en primera porción de duodeno de 1.5 × 1.5 cm. Se practicó colecistectomía y se encontró vesícula esclerotrófica de 4 × 4 cm con litos en su interior; se reparó fístula, se llevó lito hasta sitio de perforación intestinal, se amplió lesión y se extrajo (Figura 4). Se hizo resección de 40 cm del yeyuno, abarcando perforación con entero-entero anastomosis termino-terminal. Se instaló sonda nasogástrica a derivación y se mantuvo en ayuno por 5 días; la sonda se retiró al sexto día y se inició dieta líquida. Egreso al séptimo día sin complicaciones.

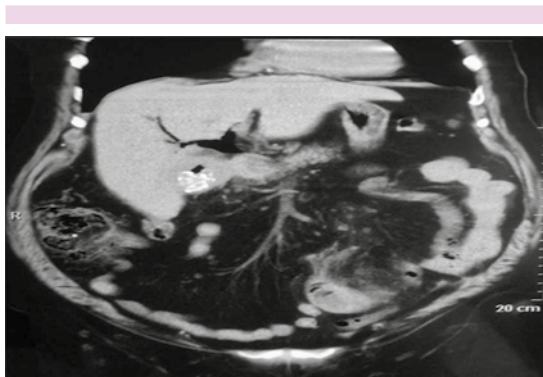


Figura 1. Corte coronal de tomografía de abdomen: vesícula escleroatrófica además de aire vía biliar.

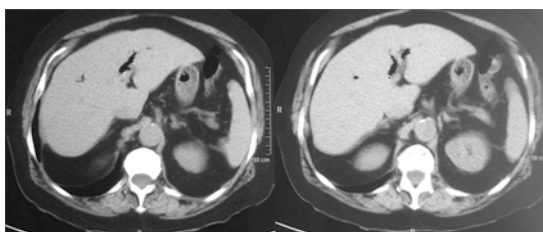


Figura 2. Corte sagital de tomografía de abdomen simple: vesícula escleroatrófica y neumobilia.



Figura 3. Lito de 3 x 4 cm a 60 cm de válvula ileocecal.

Caso 2

Mujer de 53 años de edad, con diabetes mellitus tipo 2 e hipertensión arterial de 5 años de evolución, ambas en tratamiento, con apendicectomía 3 días antes de su ingreso. Acudió al

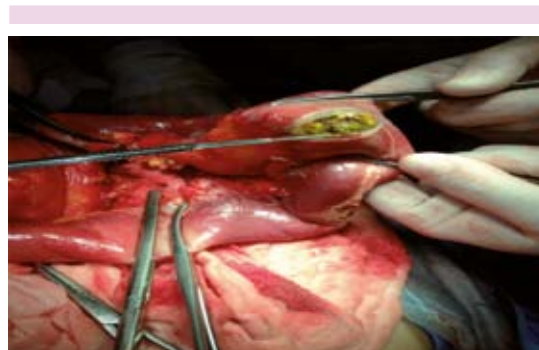


Figura 4. Enterotomía de yeyuno en sitio de perforación para visualizar lito.

servicio de urgencias por distensión abdominal, náusea y vómito de contenido alimentario en 5 ocasiones, además de ausencia de evacuaciones durante 5 días. Signos vitales: T/A: 140/90, FC: 94, FR: 20, T: 37°C. A la exploración física: consciente, cooperadora, orientada, mal estado hídrico, quejumbrosa, fascies de dolor, abdomen distendido; a la auscultación: peristaltismo ausente; a la palpación: blando, depresible, doloroso leve-moderado generalizado, sin datos de irritación peritoneal; a la percusión: timpánico. Laboratorio: Hb: 14.5, HTO: 42.8, leucocitos: 15.77, neutrófilos: 12.93, 82%, plaquetas: 437, TP: 13.6, TTP: 21.4, INR: 1.20, 78% actividad, glucosa: 387, urea: 138, BUN: 64.49, creatinina: 2.61, TGO: 11, TGP: 13, FA: 83, bil D: 0.23, bil ind: 0.26, bil T: 0.49, alb: 4.1, prot: T 7.4, Na: 137, K: 3.40, Cl: 90, Ca: 9.8, Mg: 2.2, P 5.1. En la radiografía simple de abdomen se encuentra dilatación de asas de intestino delgado, niveles hidroaéreos, ausencia de gas en colon. Se coloca sonda nasogástrica drenando 1 litro de gasto gastrobiliar; se inician cristaloides para mejorar estado hídrico, a las 24 horas se revalora a la paciente refiriendo mejora de sintomatología y disminución de la distensión abdominal, canaliza gases. Retirándose sonda nasogástrica e iniciando dieta líquida. Seis horas después presentaba distensión abdominal, se suspendió la vía oral y se instaló sonda nasogástrica, dre-

nando abundante gasto biliar. Una tomografía de abdomen reportó aerobilia y lito en válvula ileocecal (Figura 5). Se ejecutó laparotomía exploradora encontrando múltiples adherencias epiplón-pared, se hace adherenciólisis; se encontró además lito en válvula íleocecal (Figura 6) y se extrajo lito de 7 x 7 cm (Figuras 7 y 8). La paciente tuvo buena evolución posoperatoria; se inició dieta líquida al quinto día y egresó al sexto día de la operación sin complicaciones.

DISCUSIÓN

El íleo biliar es una complicación rara producida por cálculos biliares que se abren camino hacia la luz intestinal a través de una fístula bilioentérica interna espontánea. En pacientes mayores de 65 años el íleo biliar es mucho más frecuente con incidencia de hasta 35% de las obstrucciones del

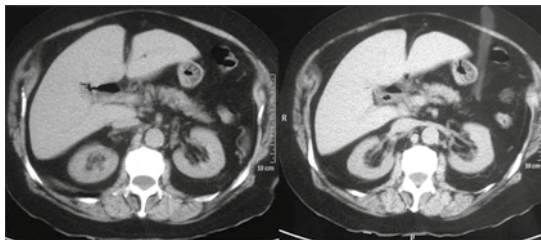


Figura 5. Corte sagital de tomografía simple de abdomen, donde se observa aerobilia.

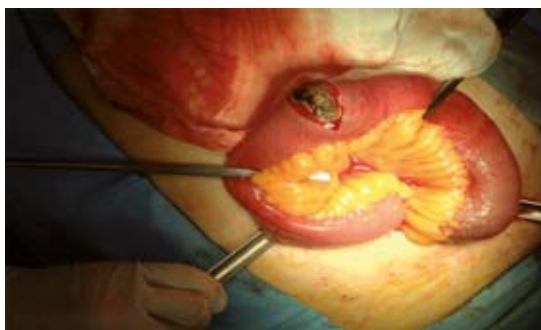


Figura 6. Se observa lito gigante en válvula ileocecal.



Figura 7. Enterotomía en yeyuno (lito).



Figura 8. Se extrajo lito de 7 cm de diámetro.

intestino delgado, especialmente en aquellos que no tienen antecedentes de cirugía abdominal.^{1-3,7} Dos tercios de los pacientes con fístulas bilioentéricas tienen síntomas durante 2 años o más. El 90% de los pacientes con fístulas bilioentéricas tienen antecedentes de enfermedad del aparato biliar de 12 años de evolución en promedio.^{4,8} La fístula es producto del intenso proceso inflamatorio vesicular que produce adherencias a vísceras adyacentes, necrosis por compresión de los cálculos y formación subsiguiente de una fístula bilioentérica. La fístula se produce con mayor frecuencia en el duodeno (60% de los casos) aunque se puede generar también en estómago, colon o intestino delgado.^{2,8} El cuadro típico es un paciente añoso con síntomas

obstrucción intestinal intermitente, dolor abdominal, vómitos y distensión a lo largo de varios días, hasta que el cálculo termina de impactarse, principalmente en la válvula ileocecal. La radiografía simple muestra hallazgos de obstrucción intestinal, un cálculo ectópico calcificado por fuera del cuadrante superior derecho o aire en el árbol biliar; estos signos son patognomónicos del íleo biliar.⁹ La tomografía determina la causa y puede identificar litos grandes, la obstrucción intestinal y su ubicación, así como la presencia de la fístula biliodigestiva y aerobilia. El diagnóstico prequirúrgico sólo es evidente en 30% de los pacientes.⁴ El tratamiento es quirúrgico y va enfocado a resolver la obstrucción intestinal, principalmente. Debido a que se trata de pacientes de edad avanzada y frecuentemente con comorbilidades, la colecistectomía y resolución de la fístula biliar son motivo de controversia: si se debe llevar a cabo la cirugía en el mismo procedimiento para la obstrucción intestinal (cirugía en un tiempo), si se debe realizar después (cirugía en dos tiempos) o si no se debe realizar porque aumenta el tiempo quirúrgico significativamente (y la morbilidad y mortalidad) sin mayor beneficio a largo plazo.^{2,3,6,8,10} La mortalidad en un tiempo quirúrgico que involucra la colecistectomía y reparación de la fístula es de 16.9%, mientras que la enterolitotomía simple tiene mortalidad de 11.7%. La incidencia de complicaciones biliares después de una enterolitotomía simple son menores a 10%; la recurrencia del íleo biliar varía de 5 a 10% y suele producirse en el transcurso de los 30 días posteriores al episodio inicial, ocasionada por cálculos alojados en el intestino delgado que no fueron advertidos durante la cirugía original.^{1,3,5,10}

CONCLUSIÓN

En ambos casos el diagnóstico fue difícil por la inespecificidad de los síntomas; las radiografías

no ayudaron a determinar la causa de la obstrucción y se tuvo que realizar tomografía de abdomen para evidenciar la aerobilia y proceder al tratamiento quirúrgico. Hubo escenarios distintos, diferentes factores de comorbilidad y procedimientos quirúrgicos distintos; pero las pacientes evolucionaron satisfactoriamente y se concluye que ambos procedimientos quirúrgicos son válidos y la elección la hace el cirujano considerando los factores nutricionales, las comorbilidades de cada paciente y su propia experiencia.

REFERENCIAS

1. Rojas DJA, Martínez JL, Romero T. Ileo Biliar. Experiencia de 10 años. Serie de Casos. *Cir Cir* 2012;80(3):228-232.
2. García S, Gonzalez HQ, Tellez FI. Fístula bilioentérica con impactación de lito gigante en yeyuno. *Rev Gastroenterol Mex* 2008;73(4):235-238.
3. García LM, Moreno LF, Padilla R, Lever CD, Rivera JM. Ileo biliar: reporte de tres casos. *Rev Sanid Milit Mex* 2009;63(6):316-320.
4. Cabrera FA, Hidalgo M, Camilo AF, Galvez O. Ileo biliar. *Rev Cubana Med Milit* 2011;40(1):56-62.
5. Beauregard GE, Rivas LM. Ileo biliar. Reporte de un caso y revisión de la literatura. *Salud en Tabasco* 2009;15(2 y 3):882-886.
6. Chou JW, Hsu CH, Liao KF, Lai HC, Cheng KS, Peng CY. Gallstone ileus: report of two cases and review of the literature. *World J Gastroenterol* 2007;13:1295-1298.
7. Ayantunde AA, Agrawal A. Gallstone ileus: diagnosis and management. *World J Surg* 2007;31:1294-1299.
8. Zaliakas J, Munson L. Complications of Gallstones: The Mirizzi syndrome, gallstone ileus, gallstone pancreatitis, complications of "lost" gallstone. *Surg Clin North Am* 2008;88:1345-1368.
9. Nakao A, Okamoto Y, Sunami M, Fujita T, Tsuji T. The oldest patient with gallstone ileus: report of a case and review of 176 cases in Japan. *Kurume Med J* 2008;55(1-2):29-33.
10. Martínez D, Daroca JM, Escrig J, Paiva G, Alcalde M, Salvador JL. Ileo biliar: opciones terapéuticas y resultados en una serie de 40 casos. *Rev Esp Enferm Dig.* 2009;101:117-124.