

## CIRUGÍA GENERAL

**ÍLEO BILIAR Y FISTULA  
BILIOENTÉRICA**

Jorge Luis Ramírez Chacón\*

**SUMMARY**

**Gallstone ileus is a rare and severe complication of a gallbladder disease and an uncommon cause of mechanical intestinal obstruction. It is caused by a single stone or multiple stones moving through a biliary enteric fistula, which is formed between the inflamed gallbladder and, in most cases, the duodenum. Plain abdominal films, abdominal ultrasound and abdominal computed tomography aid in the diagnosis. Surgery is the treatment of choice. Its high mortality rate is explained by the fact that the disease mostly affects elderly patients who have other illnesses as well as by the delay in giving an accurate**

**diagnosis and treatment.**

**Key words:** gallstone ileus, intestinal obstruction, gallstones.

**INTRODUCCIÓN**

El íleo biliar es el término dado a la obstrucción intestinal mecánica secundaria al impacto intraluminal de un lito; dicho se presenta como una complicación de la colelitiasis que termina fistulizando a tubo digestivo, permitiendo la migración del lito [1,2], aunque en ocasiones ocurre por paso natural a través de la vía biliar debido a alteraciones del esfinter de Oddi, sobre todo tras la ampliación quirúrgica del mismo [3].

Las fistulas colecistoduodenales son las que se presentan con mayor frecuencia, seguidas por las colecistocolónicas, las colecistogastricas y más raramente las coledocoduodenales. Tal proceso ocasiona un cuadro obstructivo al quedar impactado el lito en algún segmento del tracto gastrointestinal. Esta condición es responsable de 1 a 4% [4, 5] de todas las causas de obstrucción intestinal mecánica.

**HISTORIA**

La primera descripción del íleo biliar fue hecha por Bartholin en 1645 en el curso de una autopsia [6]. En 1872, Roth comunicó

\* Médico – Cirujano  
Tel.: 8856-1586. E-mail: jram85@gmail.com

una incidencia del 8% de fistulas biliares en pacientes que fallecieron por litiasis del árbol biliar. Posteriormente, en 1890, Courvoisier publicó una serie de 131 casos de los cuales 4% de los que fallecieron por enfermedad litiasica biliar tenían fistulas biliares y 2%, de aquellos que fallecieron por otra causa, tenían cálculos biliares [7]. En 1940 el London Medical Gazette publica la primera fistula colecistoduodenal y en 1948 se publica sobre la fistula colecistobiliar, también conocido como Síndrome de Mirizzi.

## ASPECTOS EPIDEMIOLOGICOS

Es más frecuente en ancianos y la mayoría de las series internacionales informa un promedio de edad entre los 65 y 75 años [8]. Dado el grupo de edad principalmente afectado, 80-90% [9] de los pacientes presenta enfermedades crónicas concomitantes, siendo las cardiovasculares y la diabetes mellitus las más comunes. Afecta principalmente al sexo femenino, con un relación hombre:mujer que va de 1:3 a 1:6, atribuyéndose a la mayor frecuencia en dicho sexo de la enfermedad biliar [10]. Con frecuencia, dicha condición se precede de un cuadro de colecistitis aguda o crónica (75% de los casos) [11], sin embargo, el antecedente de la enfermedad biliar está

presente sólo en 50% [12] de los casos, y esto, en ocasiones, suele entorpecer el diagnóstico.

## PATOGENESIS

El íleo biliar es el resultado de la formación de una fistula entre el tracto biliar y el intestino. Esto es frecuentemente una consecuencia de episodios de colecistitis, causando inflamación de la vesícula, adhesión al intestino adyacente, con la subsecuente presión e isquemia intravesicular, lo que causa que el cálculo erosione hacia el intestino resultando en la formación de una fistula. La mayoría de las fistulas ocurre hacia el duodeno (70%) [13], por la proximidad de este con la vesicular, sin embargo, la fistulización también puede ocurrir hacia colon, estomago e intestino delgado. Una vez en el lumen intestinal, el cálculo puede migrar proximalmente hacia el estomago y el bulbo duodenal (síndrome de Bouveret) o distalmente al intestino delgado. Más del 80% [14] de los cálculos que logran entrar al tracto intestinal son excretados sin dificultad; sin embargo, la mayoría de los autores concuerdan en que cálculos con dimensiones mayores a 2,5 cm [13, 14, 15] no podrán pasar espontáneamente y se impactaran dentro de la luz intestinal. Los sitios principales de obstrucción son el tercio medio y distal del

ileon (por su relativa disminución en el lumen y potencialmente menor actividad peristáltica), pero puede ocurrir en cualquier nivel del tracto gastrointestinal. El diámetro del cálculo y la presencia o no de estrechez en el intestino delgado son los factores que determinaran la impactación o no del cálculo.

## PRESENTACION CLINICA

El cuadro clínico de presentación más común es la oclusión intestinal mecánica con distensión abdominal, dolor abdominal, vomito y constipación. El dolor abdominal es tipo cólico y ocurren en episodios intermitentes, por lo que los pacientes pueden demorar tres a ocho días antes de acudir al hospital [15], de tal forma, la presentación suele ser insidiosa por el llamado fenómeno de tumbling, en el que el lito obstructivo migra continuamente; produciendo síntomas cuando obstruye un punto en el intestino delgado y mejoría de los síntomas al avanzar el lito por la luz intestinal, para volver a presentar síntomas cuando de nueva cuenta haya obstrucción de nuevo. A menudo se informa de dolor en hipocondrio derecho; la ictericia es poco común y se encuentra en solo 15% [1, 2] de los pacientes. Otros pacientes presentan colecistitis aguda o colangitis aguda junto al cuadro de oclusión intestinal.

## DIAGNÓSTICO

Desde su descripción, el íleo biliar sea convertido en una entidad de difícil diagnóstico, y solo el 40% de los casos [3, 4] es identificado antes de la intervención quirúrgica. Los hallazgos al examen físico suelen ser inespecíficos, y el paciente típicamente pasa varios días en el hospital (de 3 a 5 días) antes de ser llevar a sala de operaciones. Los estudios de laboratorio demuestran en ocasiones leucocitosis leve, desequilibrio hidroelectrolítico con pruebas de función hepática alteradas. La radiografía simple de abdomen, considerada una herramienta básica para el diagnóstico, frecuentemente demuestra un patrón no específico de obstrucción intestinal con niveles hidroaereos y dilatación de asas; en ocasiones el lito puede ser visualizado o la presencia de neumobilia demostrada. Los signos característicos del íleo biliar, descritos por Rigler, Borman y Noble en 1941 [5, 6, 7], incluyen distención de asa de intestino delgado con niveles hidroaereos, neumobilia, localización aberrante del lito y cambio en la situación topografía del cálculo en exámenes seriados. La presencia de dos de ellos es patognomónica de íleo biliar, no obstante, solo ocurre en 40-50% [8] de los pacientes. La ultrasonografía es más útil para demostrar el lito impactado, así como para confirmar colelitiasis

residual o coledocolitiasis. Las radiografías simples de abdomen que representaron la herramienta inicial diagnóstica para la evaluación del dolor abdominal, así como de la sospecha clínica de obstrucción intestinal y que le permitieron a Rigler, et al establecer los signos radiológicos de la tríada que lleva su nombre, en la actualidad han sido superadas por la Tomografía Computadorizada (TC) dadas sus capacidades de reconstrucción multiplanar y volumétrica. La TC 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 colecistoentérica, lo que ayuda a planificar el tratamiento.

## TRATAMIENTO

Clásicamente se recomienda que, en los casos de urgencia, el objetivo principal deba ser tratar la obstrucción intestinal y, si hay sintomatología, la vesícula puede extraerse en otro tiempo en forma selectiva. La principal cuestionable es si debe realizarse el tratamiento definitivo de la fistula bilioentérica al mismo tiempo que el manejo de la oclusión intestinal (cirugía en un tiempo) o debe realizarse más tarde (cirugía en dos tiempos) [10]. Quienes abogan por la cirugía en un tiempo argumentan

que la morbilidad de continuos síntomas biliares justifica este manejo, sin embargo, este abordaje requiere mayor tiempo anestésico y extensa disección en un área con inflamación activa, lo que incrementa la morbilidad y el tiempo quirúrgico en un paciente por lo regular "frágil". Otro punto a resaltar es la necesidad de colecistectomía; si el paciente está sintomático, esta puede estar indicada, mas en pacientes asintomáticos algunos autores refieren que no se necesita tratamiento adicional. Las complicaciones potenciales son la recurrencia del íleo biliar, colecistitis aguda, colangitis, y fistula residual; datos que apoyan la necesidad de colecistectomía. La mayoría de las fistulas colecistoentéricas cierran espontáneamente [14, 15]. Recientemente algunos autores refieren que con los cuidados pre- y postoperatorios adecuados, la cirugía de un tiempo (enterolitotomía, colecistectomía y escisión de la fistula) puede realizarse en forma segura, para lo que deberán de considerarse los factores de comorbilidad, enfermedades concurrentes y el grado de disección necesaria. En pacientes de bajo riesgo, este procedimiento puede ser considerado.

**RESUMEN**

El íleo biliar es una rara y severa complicación de la litiasis biliar y una causa poco común de obstrucción intestinal mecánica. Esta es causada por un cálculo o múltiples cálculos los cuales pasan a través de una fistula bilioenterica, la cual se forma en la mayoría de las veces entre la vesícula biliar y el duodeno. La radiografía simple de abdomen, el US y la TAC ayudan en el diagnóstico. El tratamiento definitivo es quirúrgico. Su alta mortalidad se explica por el hecho de ser una patología que afecta principalmente ancianos con asociadas comorbilidades y por la falta de un diagnóstico certero y temprano.

**Palabras clave:** Íleo biliar, obstrucción Intestinal, cálculo biliar.

**BIBLIOGRAFÍA**

1. Berger, F; Rojas, C; Iniguez, J; Santamaría, P. Íleo Biliar resuelto por laparoscopia. Reporte de un caso. Rev Chil Cirug 2005; 56 (6): 511-514.
2. Buljevac, M; Busic, Z; Cabrijan, Z. Sonographic Diagnosis of Gallstone Ileus. J Ultrasound Med 2004; 23: 1395-1398.
3. Doko, M; Zovak, M; Kopljari, M; Glavan, E; Ljubicic, N; Hochstädtter, H. Comparison of Surgical Treatments of Gallstone Ileus. World J Surg 2003; 27: 400-404.
4. Echenique-Elizondo, M; Amondaraín-Arratibel, J; Lirón de Robles-Sanz, C. Íleo biliar. Rev Esp Enferm Dig 2007; 99 (11): 672-680.
5. Fernández del Castillo-Ascanio, M; Vivancos-Garbayo, J. Íleo biliar inusual. Radiología 2011; 10: 20-21.
6. Mondragón-Sánchez, A; Berrones-Stringel, G; Tort-Martínez, A; Soberanes-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.
7. Motta-Ramírez, G; González-Burgos, O. Íleo biliar: Lo que el Radiólogo debe saber. Anales de Radiología México. 2007; 1: 43-50.
8. Muñoz-Guzmán, C; Arróniz-Jáuregui, J; Moreno-Pérez, P; Chávez-Solís, E; Esparza-Arias, N; Hernández-González, C. Gallstone ileus: One-stage surgery in a patient with intermittent obstruction. World J Gastrointest Surg 2010; 27 (5): 172-176.
9. Rivoira, G; Barotto, M; Parodi, Parodi, P; Napolitano, D; Viscido, G; Doniquian, M et al. Íleo biliar en paciente colecistectomizado. Caso clínico. Rev. Chil Cirug 2008; 60 (3): 236-240.
10. Ruiz-Arteaga, J; Criollo-López, M; Ramírez-Chacón, R. Íleo biliar: diagnóstico por tomografía computada multidetector. Acta Médica Grupo Ángeles. 2012; 10 (1): 51-52.
11. Salazar-Lozano, C; Rocha-Guevarra, E; Vargas-Gimondi, A; La Fuente-Lira, M; Osbaldo-Zeledon, E; Cordero-Vargas, C. Íleo biliar y fistula colecistoduodenal. Informe de un caso. Cir Ciruj 2006; 74: 199-206.
12. Santos-Sánchez, J; Martín-Sánchez, M; Díez-Hernández, J. Íleo biliar. Papel del diagnóstico por la imagen. Rev Clin Esp 2004; 204 (11): 594-595.
13. Soltero-Godoy, A; Valverde-Grimaldi, A; Zamorano-Pozo, T; Domínguez-Tristancho, L. Obstrucción intestinal por íleobiliar. Emergencias 2006; 18: 256-257.
14. Zaliekas, J; Munson, L. Complications of Gallstones: The Mirizzi Syndrome, Gallstone Ileus, Gallstone Pancreatitis, Complications of "Lost" Gallstones. Surg Clin N Am 2008; 88: 1345-1368.
15. Zubair, Z; Amir, M. Gall stone ileus: A serious complication of cholelithiasis in an elderly. Professional Med J 2007; 14 (4): 697-700.