

ILEO BILIAR

DR. RAÚL ERNESTO SOSA TEJADA *
DR. ROBERTO ALEJANDRO VELA *
DR. MARCO BOCALETTI *
DR. LUIS REYES *
DR. GABRIEL RÁMILA FALLA*
DR. LUIS ROBERTO VILLAGRÁN QUIROA *
DR. DAVID PORRAS £

RESUMEN

Se presenta un caso inusual de Ileo Biliar en una paciente femenina de 37 años de edad.

PALABRAS CLAVE: Ileo biliar, pancreatitis.

ABSTRACT

We present an unusual case of gallstone ileus in a female patient 37 years old.

KEY WORDS: Gallstone ileus, pancreatitis.

INTRODUCCIÓN

El íleo biliar es una causa inusual de obstrucción intestinal, correspondiendo a un 1 - 4% de todas las causas de obstrucción intestinal de intestino delgado⁽¹⁻⁴⁾. Esta complicación de una colelitiasis es más común en el vejez y en dos estudios se documentó la edad promedio entre 73 y 77 años. Generalmente, un cálculo biliar de suficiente tamaño para causar la obstrucción mecánica entra al intestino por una fístula colecistoduodenal. A medida que el cálculo biliar migra por el tracto gastrointestinal este provoca obstrucciones intestinales intermitentes, siendo los síntomas confusos para un diagnóstico temprano^(1,2).

El sitio más común de obstrucción intestinal

es el íleo (60%), yeyuno (15%), colon (5%) y duodeno (5%). En la ausencia de estrechez intestinal, el cálculo biliar debe ser de al menos 2 cms de diámetro para provocar obstrucción intestinal, sin embargo, cálculos biliares tan grandes como de 7x4x3 cms han sido reportados^(1,2).

El diagnóstico de íleo biliar es tardío en más del 50% de los pacientes debido a los síntomas inespecíficos e inconsistentes. Solo el 50% a 70% de los pacientes tiene clínica de obstrucción intestinal, algunos pacientes se pueden presentar con diarrea. Las características clásicas radiológicas del íleo biliar incluyen: neumobilia, obstrucción intestinal, cálculo biliar en posición aberrante y un cambio en la localización de un cálculo previamente observado. Solo acerca del 10% de los cálculos biliares tienen

* Residentes de Cirugía, Instituto Guatemalteco de Seguridad Social
£ Jefe de Servicio, Instituto Guatemalteco de Seguridad Social

la suficiente cantidad de calcio para ser visualizados en las radiografías^(4,6).

El tratamiento del íleo biliar se enfoca en remover el cálculo biliar que provoca la obstrucción intestinal, la cual puede llevarse a cabo con enterolitotomía quirúrgica. La resolución endoscópica de los cálculos biliares con o sin litotripsia también ha sido reportada. En general, realizar únicamente la enterolitotomía es el tratamiento inicial apropiado dada la naturaleza de la emergencia de este procedimiento, la edad avanzada de los pacientes y la alta incidencia de la masa compleja en el cuadrante superior derecho conteniendo la fístula colecistoentérica. Los factores anteriormente mencionados, contraindican la identificación y reparación de la fístula en el momento de la laparotomía inicial por obstrucción intestinal^(4,4).

Doko y cols demostró que los intentos por resolver la obstrucción intestinal y reparar la fístula bilioentérica en una misma operación se asocia a un 61% de complicaciones. Se ha estimado que un 17% de los pacientes desarrollarán íleo biliar recurrente u otra complicación de la vía biliar luego de enterolitotomía y, por lo tanto, colecistectomía electiva y reparación de la fístula usualmente es realizada cuando el paciente ya se ha recuperado de la laparotomía índice^(1,2,5,6). Cabe mencionar, que Lobo y Cols han reportado 11 casos de pacientes de edad avanzada que se presentaron como íleo biliar y que solo fueron tratados con una enterolitotomía y que, ninguno de estos ha presentado íleo biliar recurrente, síntomas de enfermedad de vías biliares por una mediana de tiempo de 46 meses⁽¹⁾.

CASO

Paciente sexo Femenino de 37 años ingresada dos semanas antes en el servicio de Medicina Interna por una Pancreatitis grave por los criterios de Atlanta (Creatinina > 2 mg/dl, 3 criterios de RANSOM), por Tomografía Axial Computarizada Baltazar A, con USG Hepático y de vías biliares reportó: vesícula biliar de 5.3 x 2.5, evidenciándose un cálculo grande de 2.9 cms de diámetro en el bacinete compatible con Colelitiasis. Paciente con una evolución clínica satisfactoria desde el punto de vista de la

Pancreatitis, sin embargo, súbitamente inició con dolor abdominal evidenciando al examen físico ruidos gastrointestinales presentes, abdomen poco distendido, no timpánico a la percusión, doloroso a la palpación del punto de Mcburney, defensa muscular involuntaria en fosa ilíaca derecha y en hipocondrio derecho, sin signos de irritación peritoneal por lo cual se sugiere realizar laboratorios de rutina con pruebas pancreáticas, radiografías de abdomen simple, Tomografía Computarizada (TAC) de abdomen completo para descartar colecciones intraabdominales secundarias al proceso de pancreatitis.

A la reevaluación, paciente afebril, persiste con dolor en fosa ilíaca derecha, Blumberg positivo, defensa involuntaria en fosa ilíaca derecha, dolor en hipocondrio derecho, Murphy negativo, Rx de abdomen con edema interasas en intestino delgado, no patrón obstructivo, hematología con leucocitosis (11400) a expensas de segmentados (76%), Tomografía Computarizada (TAC) de abdomen completo con un patrón obstructivo y niveles hidroaéreos en asas de intestino delgado, imagen hiperdensa intraluminal en fosa ilíaca derecha a descartar un fecalito; se decide llevar a SOP para tratamiento quirúrgico evidenciándose asas de intestino delgado dilatadas desde ligamento de Treitz hasta aprox. 50 cms de la válvula ileocecal y una masa intraluminal en íleon distal a 50 cms de la válvula ileocecal, vesícula biliar plastronada a duodeno sugestiva de fístula colecistoduodenal e íleo biliar. Se procedió a resolver la obstrucción intestinal realizando una Enterolitotomía y luego colecistectomía y cierre primario de fístula colecistoduodenal con colocación de drenaje tipo penrose a fosa de Morrison. Paciente con evolución satisfactoria, al 3 día se retira la sonda nasogástrica y se inicia dieta, al 5to día se retira el drenaje y se da egreso al 6to día post operatorio. Paciente con buena evolución, en seguimiento por la Consulta Externa de Servicio de Cirugía Abdominal.

DISCUSIÓN

El diagnóstico del íleo biliar es inusual y difícil debido a que generalmente los pacientes se presentan con obstrucción intestinal completa debido a la impactación del cálculo de origen biliar en el íleon terminal. Desafortunadamente es una

complicación que ocurre en la vejez, sin embargo, nuestro paciente tenía 37 años lo cual es inusual y además se presentó con dolor en fosa ilíaca derecha y no precisamente con distensión abdominal y cuadro de obstrucción intestinal. De hecho, con el examen físico se sospecho un proceso inflamatorio apendicular como primer diagnóstico, no obstante, ya con estudios de imágenes se pudo documentar la obstrucción intestinal íleo biliar.

En el tratamiento de esta entidad aun existe discusión, sobre todo cuando se comparan porcentajes de complicaciones, ya que en algunos estudios se reporta una tasa de complicaciones hasta del 61% cuando se realiza la enterolitotomía y el cierre de la fístula bilioentérica en el mismo procedimiento quirúrgico, justificando que este procedimiento se realiza en pacientes de edad avanzada y con masas complejas en el cuadrante superior derecho. En este caso se tomo la conducta quirúrgica de realizar una enterolitotomía, colecistectomía y cierre de fístula colecistoduodenal con buenos resultados, reduciendo así, el riesgo de un íleo biliar recurrente, latente, aunque poco frecuente, así como también la morbilidad de una segunda cirugía electiva para el cierre de la fístula biliodigestiva..

Hay informes tratamiento endoscópico con litotripsia para el íleo biliar pero en nuestra experiencia nacional no existe esta opción.



Figura 1. Tomografía Axial Computarizada de Abdomen Completo evidenciándose asas de intestino delgado dilatadas con líquido en su interior, obstrucción intestinal y, una imagen hiperdensa en fosa ilíaca derecha compatible con un íleo biliar.



Figura 2. Enterolitotomía

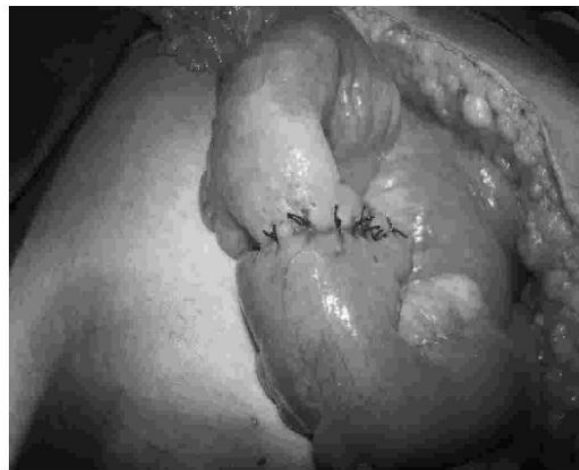


Figura 3. Cierre de enterotomía.



Figura 4. Disección de mesocisto vesicular e identificación de fístula biliodigestiva tipo colecistoduodenal ■

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Turnage, Richard; Heldmann, Philip Cole; Chapter 116: **Intestinal Obstruction and Ileus**; In: Feldman: *Sleisenger & Fordtran's Gastrointestinal and Liver Disease*, 8th edition, Saunders, 2006.
2. Zalikas, Jill; Mudson, Lawrence; **Complications of Gallstones: The Mirizzi Syndrome, Gallstones Ileus, Gallstone pancreatitis, Complications of "Lost" gallstones**; *Surg Clin N Am* 2008; 88 1345 - 1368.
3. Berry, Scott; Fischer, Josef; Chapter 15: **Biliary and Gastrointestinal Fistulas**; In: Maingot: *Abdominal Operations Volume 1; 10th Edition*; McGrawHill; 1997.
4. Samarkos, Michael; Makrygianni, Virginia; **Gallstone ileus**; *CMAJ* 2008; 179: 203.
5. Mathew, Eidem; Gross, Glenn; Kern, Deschner; **Gallstone Ileus presenting with hematemesis**; *Gastrointest Endosc* 2007; 66: 596 - 597.
6. Sivagnanam, Piriya; Cheong, Edward; Rhodes Michael; **Delayed Gallstone Ileus presentation after ERCP and sphincterotomy**; *Gastrointest Endosc* 2009; 69: 156 - 158.