

---

# Obstrucción Intestinal por Íleo Biliar: Reporte de un Caso

---



Rev Guatem Cir Vol. 27 (2) - 2021

Roberto Efraín Margos García MSc<sup>1</sup>, Verónica María Isabel Campo Doninelli<sup>2</sup>, Jimmy Ixcayau Hernández MSc MACG<sup>3</sup>

<sup>2</sup>Residente 3er año Maestría en Cirugía General, <sup>1,2,3</sup>Departamento de Cirugía Hospital General de Enfermedades IGSS. Autor Corresponsal: Roberto Efraín Margos. Tel: +502 5016 2165 e-mail: efra.margos@gmail.com

## RESUMEN

El íleo biliar es una rara complicación de la colelitiasis no tratada. Presentamos el cuadro clínico y el manejo de un paciente masculino de 72 años

## ABSTRACT

### Biliary Ileus Intestinal Obstruction. A Case Report

*The biliary or Gallstone ileus is a rare complication of the non-treated Cholelithiasis. We present the clinical features and the treatment of a 72 years old patient.*

---

## INTRODUCCIÓN

El íleo biliar es la causa del 1-3% de las obstrucciones intestinales<sup>1,2</sup>. Esto es generado por la obstrucción intraluminal de un lito. Generalmente está asociado a fístulas colecistoduodenales, colecistogástricas y colecistocolónicas<sup>3</sup>. La presentación de estos pacientes es un cuadro típico de obstrucción intestinal que puede en ocasiones resolver momentáneamente<sup>7,9</sup>. Su diagnóstico preoperatorio se basa en la clínica y estudios de imagen. El tratamiento de este problema es quirúrgico.

Existe controversia del abordaje en uno o dos tiempos quirúrgicos, ya que se ha descrito que el principal objetivo es resolver el cuadro de obstrucción y la reparación de fístula puede ser realizado en el mismo tiempo quirúrgico o esperar a una segunda intervención<sup>1,4,5,8</sup>.

La historia natural de la enfermedad inicia con cuadros de colecistitis aguda a repetición que generan adherencias de la vesícula con estructuras vecinas, provocando la formación de fístulas de la vesícula hacia duodeno, estomago o colon. Al estar presente la fístula con presencia de cálculos grandes en su interior existe migración del lito hacia la luz intestinal que puede generar dos patologías, si la obstrucción se genera del duodeno hacia caudal provoca íleo biliar, si la obstrucción se genera del duodeno hacia región craneal provoca el Síndrome de Bouveret<sup>6</sup>.

Durante la evaluación diagnóstica se presenta un cuadro de obstrucción intestinal con resolución espontánea, debido a que puede haber migración del lito intraluminal resolviendo momentáneamente el cuadro obstructivo. En estudios de imágenes podemos mencionar inicialmente

hallazgos en rayos x que presenta neumobilia, dilatación de asas intestinales e imagen de un lito intraluminal (tríada de Simon). En tomografía estos hallazgos son visualizados con mayor calidad de imagen<sup>2,4</sup>.

El tratamiento actual se basa principalmente en resolver el cuadro obstructivo y resolver el cuadro de la fístula que puede ser en el mismo tiempo quirúrgico o programada en una segunda cirugía<sup>5,6</sup>.

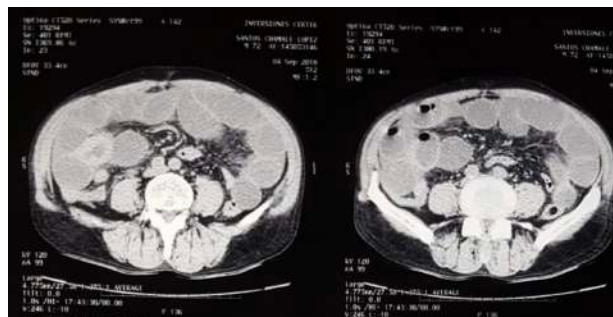
## PRESENTACION DEL CASO

Paciente masculino de 72 años, sin antecedentes médicos ni quirúrgicos, que consulta por distensión abdominal de 5 días de evolución, asociado a vómitos con contenido biliar, que previamente ha consultado con medico particular quien por dolor abdominal le solicito USG reportando masa en segmento IV hepático por lo cual lo refiere. Al ingreso signos vitales sin alteraciones, con signos de deshidratación, abdomen distendido sin ruidos gastrointestinales, tacto rectal con heces en ampolla rectal, por lo que se ingresa con diagnóstico de obstrucción intestinal y lesión hepática a estudio iniciando manejo médico, solicitando laboratorios y estudios de imagen (Figura 1).

Laboratorios de ingreso con leucocitosis (13,500) y formula diferencial con neutrofilia (92%), química sanguínea sin alteración hidroelectrolítica, con bilirrubinas totales en 2.1 directa en 1.6 indirecta en 0.5, GGT en 560. A las 6 horas de ingreso distensión mejora y logra defecar por lo que continua en observación. A las 12 horas del ingreso paciente vuelve a distenderse y presentar vómitos por lo que se realiza tac abdominal (Figuras 2 y 3).



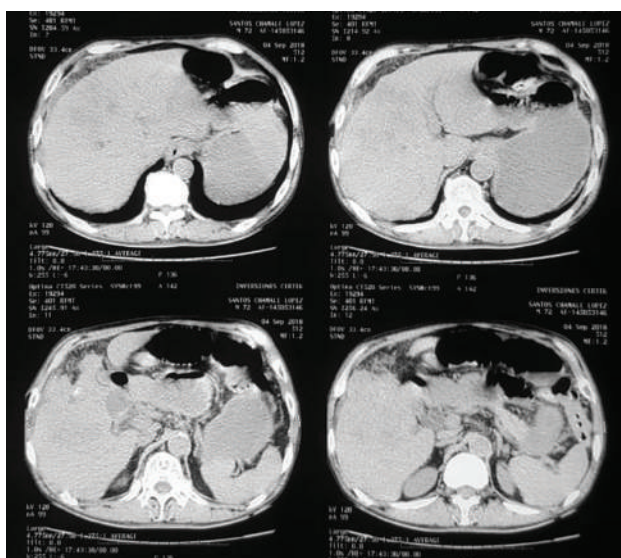
**Figura 1.** Pieza quirúrgica completa de la resección de Whipple (pancreatoduodenectomía cefálica). (A) estructura de vesícula biliar y vía biliar (B) antrectomía (C) duodeno y cabeza de páncreas con lesión tumoral en cabeza de páncreas. (D) yeyuno proximal.



**Figura 3.** En cortes axiales tomográficos se logra visualizar dilatación de asas intestinales con niveles hidroaéreos y se observa imagen que con mayor densidad a nivel derecho que en el informe de radiólogo es reportado como cuerpo extraño.



**Figura 4.** Lito intraluminal y extracción del mismo a través de una enterotomía realizada en yeyuno.



**Figura 2.** Tomografía abdominal que demuestra a nivel hepático neumobilia, además no se logra diferenciar adecuadamente lecho vesicular ni vía biliar, únicamente imágenes de infiltración a nivel de lecho hepático.

Con diagnóstico de obstrucción intestinal se decide el ingreso a quirófano para realizar laparotomía exploradora. Donde se evidencia distensión de asas intestinales, con presencia de un lito intraluminal en yeyuno a 45 cm de la válvula ileocecal que mide aproximadamente 4 cm de diámetro. Se realiza enterotomía y extracción del lito intraluminal (Figura 4). Se observa que la vesícula se encuentra adherida hacia duodeno formando una fístula colecistoduodenal sin palpar presencia de litos. En el transoperatorio presenta acidosis metabólica. Se decide que en este tiempo quirúrgico se resolverá la obstrucción y se realizará en una segunda cirugía la reparación de la fístula colecistoduodenal.

Paciente sale de sala de operaciones con acidosis metabólica pasa a unidad de cuidados intermedios donde evoluciona de forma satisfactoria con resolución de la acidosis metabólica el primer día postoperatorio. Al segundo día se inicia dieta líquida la cual es tolerada y pasa al servicio de cirugía abdominal. Se da seguimiento por consulta externa. Paciente no accede a cirugía para resolver fístula colecistoduodenal por lo que continua con seguimientos programados en consulta externa.

## DISCUSIÓN

El íleo biliar es una causa poco frecuente de obstrucción intestinal, debido a la clínica intermitente de obstrucción el diagnóstico preoperatorio es un reto<sup>3,4</sup>. Es de suma importancia la historia clínica, y el uso de diagnósticos por imagen, debido a que estos estudios pueden evidenciar neumbilia y presencia del lito intraluminal, estos casos se pueden clasificar según la clasificación de Csendes y cols. En el grado Vb existe una fistula biliar asociada a íleo biliar (tabla 1).

**TABLA 1. Clasificación del síndrome de Mirizzi. Csendes y Cols. 2007**

I	Compresión extrínseca de la vía biliar
II	Fistula colecistobiliar que involucra un tercio de la circunferencia de la vía biliar
III	Fistula colecistobiliar que involucra dos tercios de la circunferencia de la vía biliar
IV	Fistula colecistobiliar que involucra toda la circunferencia de la vía biliar
V	Cualquier tipo de fistula colecistoenterica
Va	Sin íleo biliar
Vb	Con íleo biliar

Existe un dilema en el manejo transoperatorio debido a que existe dos posturas la primera es resolver el cuadro de obstrucción en el mismo tiempo de la reparación de la fistula biliar. El segundo es programar en un segundo procedimiento la reparación de la misma por la posibilidad de provocar una lesión de las vías biliares debido a la inflamación presente<sup>10</sup>. Sin embargo, considerando que nuestro paciente metabólicamente se encontraba descompensado transoperatoriamente y sin evidenciar más litos en la región de vesícula biliar, se decidió que se programaría la reparación de la fistula biliar en un segundo tiempo quirúrgico. En nuestro paciente la fistula bilioentérica no fue tratada quirúrgicamente debido a que el paciente rechazo la reparación. Esto puede generar problemas de colangitis ascendentes por el denominado síndrome del Sumidero. Por lo cual se debe explicar a estos pacientes sobre los signos de alarma con sospecha de colangitis.

## CONCLUSIONES

El íleo biliar es infrecuente, sin embargo, debe de considerarse el diagnóstico dentro de los cuadros de obstrucción intestinal. Además, los estudios de imagen preoperatoria son de suma importancia para el diagnóstico. Y de esa forma tener un plan quirúrgico desde antes de ingresar a quirófano de esa forma poder solicitar la autorización del paciente de una posible derivación bilioentérica debido a la fistula biliar.

## REFERENCIAS

1. Ploneda-Valencia. El íleo biliar: una revisión de la literatura médica. revista de gastroenterología de Mexico. 2017.
2. González OR. Resolución laparoscópica de litiasis vesicular complicada con fistula colecistobiliar y colecistoduodenal. Síndrome de mirizzi tipo V. a propósito de un caso complejo. RFM v.32 n.2 Caracas dic. 2009. .
3. Salazar-Jiménez MI. Íleo biliar, revisión del manejo quirúrgico. Cir Cir. 2018;86:182-186. .
4. Lorena Brandariz Gil, Tríada de Rigler en íleo biliar, Revista Española de Enfermedades Digestivas, 2016, Vol. 108, N.º 9, pp. 581-582
5. Luis Fernando Álvarez Chica, MD Íleo biliar y síndrome de Bouvet. Lo mismo pero distinto Descripción de dos casos y revisión de la literatura, Rev Col Gastroenterol / 25 (1) 2010
6. Francisco Javier Mancilla Ulloa, Íleo biliar: reporte de un caso y revisión, elsevier, 2014
7. . Mohan K, Mark L, Shapiro M, Scarborough J. Gallstone ileus: revisiting surgical outcomes using national surgical quality improvement program data. J Surg Res. 2013;184: 84-8
8. . Beuran M, Ivanov I, Venter M, Davila C. Gallstone ileusclinical and therapeutic aspects. J Med Life. 2010;3(4): 365-71
9. Xin ZD, Guo QL, Feng Z, Xue HW, Chua YZ. Gallstone ileus: Case report and literature review. World J Gastroenterol. 2013;19(33):5586-9
10. Ayantunde AA, Agrawal A. Gallstone ileus: Diagnosis and management. World J Surg. 2007;31:1292-7