

Ileo biliar: Reporte de un caso

Gabriela González-Paredes¹; Estrella Celeste Uzcátegui-Paz¹
José Luis Valderrama-Landaeta²

¹Servicio de Cirugía General, Instituto Autónomo Hospital Universitario de Los Andes, Mérida, Venezuela.

²Unidad de Oncología, Instituto Autónomo Hospital Universitario de Los Andes, Mérida, Venezuela

Recibido Junio 2, 2007. Aceptado Junio 21, 2007

BILIARY ILEUM: CASE REPORT

Resumen

El íleo biliar es una complicación de la litiasis biliar (1-6%), que se presenta como un cuadro de obstrucción intestinal; es más frecuente entre la séptima y octava décadas de la vida. El cuadro clínico cursa con dolor, distensión abdominal, vómitos biliosos, con ausencia de evacuaciones y presencia de flatos. El tratamiento es quirúrgico, variando desde la extracción del cálculo como única medida terapéutica, hasta el tratamiento quirúrgico completo de la fistula bilio-digestiva. Se presenta el caso de una paciente de 92 años, quien consultó por dolor abdominal de 6 días de evolución asociado a vómitos y constipación, con antecedentes de litiasis vesicular. La radiografía de abdomen simple reveló neumobilia, el ultrasonido mostró dilatación de las vías biliares con barro vesicular. Se intervino quirúrgicamente encontrándose una fistula colecistoduodenal, 5 cálculos que obstruían la luz del yeyuno, siendo manejada mediante enterostomía, extracción más cierre primario con buena evolución post-operatoria.

PALABRAS CLAVE: Ileo biliar, obstrucción intestinal, colelitiasis, fistula enterobiliar, fistula colecistoduodenal, enterostomía.

Abstract

The biliary ileum is a complication of the cholelithiasis (1-6%) that is manifested as an intestinal obstruction picture; it is more frequent between the seventh or octave decades of life. The clinical picture is characterized by pain, abdominal distension, bilious vomits, constipation and flatus. The elective treatment is surgical, varying between the calculi extraction as the only therapeutic measure, to the complete surgical removal of the entero-biliary fistula. We report here a case of a 92-year-old woman who presented abdominal pain of 6 days of evolution associated with vomit and constipation, with antecedents of cholelithiasis. The simple abdomen X-ray revealed air within the gallbladder; the ultrasound showed dilatation of the biliary ducts with vesicular mud. The patient was surgically intervened of a cholecystoduodenal fistula, showing 5 calculi that obstructed the pathway of the jejunum. The patient was managed by means of enterostomy, with extraction, plus primary closing, with good postoperative evolution.

KEY WORDS: Biliary ileum, intestinal obstruction, cholelithiasis, entero-biliary fistula, cholecystoduodenal fistula, enterostomy.

Introducción

El íleo biliar se define como la obstrucción intestinal causada por un cálculo lo suficientemente grande como para ocluir total o parcialmente su luz. Suele ocurrir en pacientes de edad avanzada entre 60 y 75 años, particularmente en mujeres (1). La primera descripción del íleo biliar fue hecha por Bartholín en 1645 como hallazgo incidental de una autopsia. Posteriormente en 1890 Courvouisier publicó una serie de 131 casos donde se empieza a conocer al íleo biliar como entidad nosológica (2).

El íleo biliar es una complicación poco

frecuente de la litiasis biliar (1). Su etiología proviene de una comunicación anormal entre la vía biliar y el tubo digestivo, siendo la más frecuente la fistula colecistoduodenal (3). El padecimiento representa entre el 1% y 6% de todos los cuadros de obstrucción intestinal mecánica (4). Se ha descrito que sólo entre el 1% y 15% de las fistulas biliodigestivas producen íleo biliar (1). Ahora bien, el sitio más común de obstrucción es el íleo terminal en el 70% de los casos. En este reporte, se presenta un caso de íleo biliar diagnosticado en el Servicio de Cirugía General del Instituto Autónomo Hospital Universitario de Los Andes, en Mérida, Venezuela.

Caso clínico

Paciente femenina de 92 años de edad, procedente de Mérida, Estado Mérida, Venezuela, sin antecedentes quirúrgicos ni patológicos de importancia, que ingresa por cuadro clínico de 6 días de evolución, caracterizado por dolor abdominal tipo cólico, acompañado de distensión abdominal, vómitos y ausencia de evacuaciones. Al examen físico se aprecia taquicardia, abdomen distendido, ruidos hidroaéreos hipofonéticos, timpánico a la percusión, doloroso a la compresión y descompresión en forma difusa.

La radiografía simple de abdomen muestra los hallazgos clásicos de neumobilia y niveles hidroaéreos típicos de una obstrucción intestinal (Fig.1). El ultrasonido abdominal reportó vesícula biliar con barro, dilatación de vías biliares intra y extrahepáticas, neumobilia, proceso inflamatorio obstructivo a nivel duodenal.

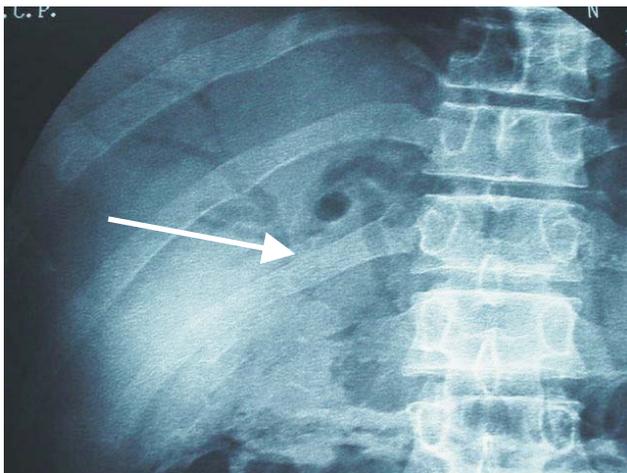


Figura 1. Radiografía simple de abdomen:

en donde se observa neumobilia (→). La paciente se llevó a la mesa operatoria con el diagnóstico de obstrucción intestinal secundaria a íleo biliar, realizándosele laparotomía media supraumbilical con los siguientes hallazgos: vesícula biliar adherida firmemente a la segunda porción del duodeno, de aproximadamente 7 x 2 cm de longitud. En el yeyuno, a 25 cm del asa fija, se encontraron dos cálculos que obstruían por completo la luz intestinal (Fig. 2).

Se procedió a realizar enterostomía con extracción de cálculos (Fig. 3), y rafia en monoplano extramucoso. En el postoperatorio la evolución fue satisfactoria, egresando a los 6 días sin complicaciones.



Figura 2. Cálculos obstruyendo la luz yeyunal



Figura 3. Cálculos biliares extraídos.

Discusión

El íleo biliar consiste en una obstrucción intestinal mecánica, causada por la impactación de uno o más cálculos biliares dentro de la luz intestinal. El padecimiento representa solo del 1 al 4% de las obstrucciones intestinales mecánicas, con predominio en el sexo femenino y en pacientes de edad avanzada (5, 6). El paso de los cálculos biliares al tubo digestivo se produce a través de una fistula biliodigestiva y de ellas la más frecuente es la colecistoduodenal que se manifiesta en el 60% a 70% de los casos, seguida de colecistocólica, colecistogástrica y coledocoduodenal (8, 10). El fondo vesicular es la zona más frecuentemente fistulizada al igual que el bulbo duodenal (7, en prensa).

El cuadro clínico consiste en una obstrucción intestinal secundaria, con dolor, distensión abdominal, vómitos abundantes con o sin

contenido bilioso, no fecaloideos (11, 12, 13), con ausencia de emisión de gases y heces, como fue el caso de nuestra paciente. Asimismo en un 50% de los casos de íleo biliar pueden existir antecedentes clínicos de origen biliar, lo que nos orienta a sospechar este padecimiento.

La radiografía simple de abdomen es la prueba de diagnóstico inicial. Los hallazgos clásicos consisten en la triada de Rigler (14), es decir: neumobilia, obstrucción intestinal y cálculo biliar en posición aberrante. La presencia de dos de estos tres signos ha sido considerada patognomónica de íleo biliar y aparece en el 40-50% de los casos (5). En nuestra paciente se apreció neumobilia y niveles hidroaéreos en la Rx, además de neumobilia en la ecografía, la cual suele manifestarse en el 40% de los casos (7, 15, 16), ya que la existencia de esta implica un conducto cístico permeable o que la fístula biliodigestiva afecta al conducto hepático común.

En relación a nuestro caso, se ha descrito el signo de Balthazar que consiste en la presencia de dos niveles hidroaéreos adyacentes en hipocondrio derecho, que corresponden a aire en el bulbo duodenal y en la vesícula, al nivel más lateral (15), vistos también en la Rx de abdomen simple inicial de la paciente. La ecografía puede identificar la triada clásica incluso cuando la radiografía simple de abdomen solo evidencia obstrucción intestinal (3).

El tratamiento ideal del íleo biliar cuando está en duodeno, llamado síndrome de Bouveret, es la extracción endoscópica del cálculo (16, 17), pero esto, al igual de lo que sucedió en nuestro caso, no fue posible, realizándose tratamiento quirúrgico. La mayoría de los autores prefieren mejorar las condiciones del paciente y proceder en un primer momento, sólo sobre el problema obstructivo (18, 19). No obstante, la actuación sobre la fístula es motivo de controversia, ya que algunos autores recomiendan dejarla para un segundo tiempo (18, 19) y otros optan por conducirse en un solo acto quirúrgico (2). En nuestro paciente, debido a que un gran número de fístulas cierra espontáneamente una vez extraído el cálculo (15), se prefirió no alargar el tiempo quirúrgico y dejar para una segunda intervención la acción sobre la vesícula y la fístula biliodigestiva.

Correspondencia: Dra. Gabriela Margarita González Paredes, Unidad de Cirugía General,

Instituto Autónomo Hospital Universitario de los Andes (I.A.H.U.L.A) Av. 16 de Septiembre Sector Campo de Oro, Mérida, Venezuela.. Código Postal: 5101. Gabipar10@hotmail.com; Telfs.: 0058-414-7473280, 0058-416-3703766

Referencias

1. Capitán, L.C., Fernández, F., et al. 1995. Íleo biliar. Revisión de nuestra casuística (11 casos). *Cir. Española* 58: 352-354.
2. Courvoisier, L. 1980. *Casuistisch-Statistische Beiträge zur Pathologie und Chirurgie der Gallenwege*. Vogel, Leipzig.
3. Guillon, P., Benoit, J., Champault, G., Boutelier, P. 1994. A rare complication of the cholelithiasis. Ulceration of the cystic artery associated with cholecystoduodenal fistula. *J. Chir. Paris* 131:250-251.
4. Pérez, J.P., Martín, R., Martínez, R.J., Gombau, M., Torres, J., Grado, A. 1990. Íleo biliar. Estudio de 23 casos. *Cir. Española* 48: 38-43.
5. Clavien, P.A., Richon, J., Burgan, S., Rohner, A. 1990. Gallstone ileus. *Br. J. Surg.* 77:737-742.
6. Casas, D.J., Mariscal, A., Pérez, R., Cuadras, P., Gallart, A.M., Martínez, N. 1996. El diagnóstico por la imagen en el íleo biliar. *Radiología* 38:21-26.
7. Palomar, M., Tubía, J.I., Elorza, J.L. 1990. Fístulas biliodigestivas espontáneas. *Rev. Esp. Enf. Digest.* 77:33-38.
8. Salvador, L. 1984. Fístulas biliares internas espontáneas. *Rev. Esp. Enf. Digest.* 65: 437-444.
9. Porter, J.N., Mullen, D.C., Silver, D. 1970. Spontaneous biliary-enteric fistulae. *Surgery* 68:597.
10. Torner, J., Fernández, A. 1986. Fístulas biliares internas. *Acta Chir. Catalana* 7:4.
11. Boldova, J.I., Cabeza, F., Loscertales, P., Del Río, F. 1991. Obstrucción duodenal por cálculo biliar (síndrome de Bouveret). *Rev. Esp. Enf. Digest.* 79:277-280.
12. Reisner, R.M., Cohen, J.R. 1994. Gallstone ileus: A review of 1001 reported cases. *Am. Surg.* 60:441-446.
13. Patel, J.C., Lesur, G., De Cervens, T., Renier, J.F., Hardy, C., Favas, A., et al. 1991. Obstruction lithiasique antro-pylorique. *Chirurgie* 117:417-419.
14. Rigler, L.G., Borman, C.N., Noble, J.F. 1941. Gallstone obstruction: Pathogenesis and roentgen manifestations. *JAMA* 117:1753-1759.
15. Kasahara, Y., Umemura, H., Shiraha, S., Kuyama, T., Sakata, K., Kubota, H. 1980. Gallstone ileus. Review of 112 patients in the Japanese literature. *Am. J. Surg.* 140: 437-440.
16. Braver, J.M., Clarke, P.D. 1990. Cholecystoduodenal fistula with impending gallstone ileus. *Invest. Radiol.* 25:757-758.
17. Gastaminza, R., Bielsa, M.E., Ingelmo, A., Agulella, V., Martínez, M. 1984. Síndrome de Bouveret. Aportación de un nuevo caso. *Rev. Esp. Enf. Digest.* 65:259-263.
18. Castellanos, G., Martínez, J.J., Ponce, J.L., Molina, J., Illana, J.M., García, J.M. 1979. Síndrome de Bouveret. Presentación de dos casos. *Cir. Española* 1:71-76.
19. Roig, J.V., Jou, N., Aragon, J.M., Morote, P., Moreno, E. 1980. Íleo biliar. Revisión de la literatura a propósito de 24 nuevos casos. *Cir. Española* 34:310-317.