

Íleo por cálculo biliar

Larry Guitton Manrique¹, Gustavo Quispe Quispe¹, Hernán Barreda Tamayo², Juan Calderón Perez²

1. Residente de Cirugía. Hospital III Yanahuara Essalud

2. Cirujano General. Hospital III Yanahuara Essalud - Servicio de Cirugía General

Correspondencia: g0711m@gmail.com

RESUMEN

El íleo biliar es una causa poco común de obstrucción intestinal mecánica, representa el 4% de las causas de obstrucción en la población, pero este incrementa en un 25% en los pacientes mayores de 65 años. Esta es causada por el paso del cálculo a través de la luz intestinal, de difícil diagnóstico preoperatorio, se debe sospechar de pacientes de edad con signos y síntomas de oclusión intestinal, antecedente de litiasis vesicular y cuadros repetitivos de cólico biliar. Informamos el caso de un paciente varón de 57 años sin antecedentes quirúrgicos previos quien ingresa por emergencia con un cuadro de abdomen agudo quirúrgico con un proceso obstructivo por íleo biliar el cual se resuelve de manera quirúrgica.

Palabras clave: Ileo biliar, lito, obstrucción intestinal, abdomen agudo

ABSTRACT

Gallbladder ileus is an uncommon cause of mechanical intestinal obstruction, it represents 4% of the causes of obstruction in the population, but this increases by 25% in patients over 65 years of age. It is caused by the passage of gallstones through the intestinal lumen, difficult to diagnose preoperatively, should be suspected in elderly patients with signs and symptoms of intestinal obstruction, a history of gallstones and repetitive biliary colic. We report the case of a 57-year-old male patient with no previous surgical history who is admitted by emergency with an acute surgical abdomen with an obstructive process due to gallstone ileus which is resolved surgically.

Keywords: Biliary ileus, stone, intestinal obstruction, acute abdomen

INTRODUCCIÓN

El íleo biliar es una complicación poco común de la coledocistitis, descrito como una obstrucción intestinal mecánica debida a la impactación de uno o más cálculos biliares grandes dentro del tracto gastrointestinal. Es causado por el paso de un cálculo biliar desde los ductos biliares hacia el lumen intestinal por medio de una fístula. El tipo de fístula más frecuente se localiza entre la vesícula biliar y el duodeno. La tasa de mortalidad asociada al íleo biliar abarca de un 12 a 27% y la tasa de morbilidad alcanza un 50%, debido a la edad mayor de los pacientes, a las patologías asociadas (usualmente severas). El íleo biliar representa el 0.3-0.5% de las complicaciones de la enfermedad de la vesícula biliar. Es más frecuente en mujeres, con una proporción mujer a hombre de 3.5-3.6:1, y los pacientes suelen ser mayores de los 65 años de edad. Como un antecedente clínico significativo, únicamente alrededor de un

50% de estos pacientes tienen un historial previo de enfermedad de la vesícula biliar. El tamaño del cálculo es significativo para desencadenar la enfermedad, se describe que debe medir por lo menos 2 cm de diámetro (2.5 cm en promedio) para causar obstrucción. El sitio donde se aloje el cálculo inducirá diferentes escenarios clínicos, entre los que se describe el síndrome de Barnard, en el cual el cálculo obstruye la válvula ileocecal, manifestándose como un cuadro de oclusión intestinal clásico, en ocasiones acompañado de ictericia (menos del 15%), caracterizado por distensión abdominal, dolor, vómito, ausencia de peristalsis, constipación u obstipación. Clínicamente se describe la tríada de Mordor, que incluye diagnóstico de coledocistitis conocido, signos clínicos de colecistitis aguda y datos compatibles con obstrucción intestinal. Como parte de los estudios paraclínicos se describe en la radiografía de abdomen la tríada de Rigler, la cual

consiste en la presencia de cálculos radiopacos (menos del 10% de los casos), neumobilia (signo de Gotta- Mentschler) y distensión de las asas intestinales, estableciéndose el diagnóstico ante la presencia de dos de los tres signos radiológicos mencionados. Al agregarse el cambio de posición del cálculo biliar en una segunda radiografía se forma la tétada de Rigler, con mayor sensibilidad diagnóstica.

La tomografía computarizada con medio de contraste se considera el método de elección para el diagnóstico de íleo biliar, con una sensibilidad mayor del 90%. Dado que el íleo biliar es una enfermedad poco común, pero con un alto riesgo de muerte, decidimos llevar a cabo la revisión del caso clínico.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente varón de 57 años de edad, procedente de Arequipa, de ocupación comerciante, con un tiempo de enfermedad de 2 días. Acude a emergencia del Hospital III Yanahuara presentando dolor abdominal intermitente a nivel de epigastrio de leve intensidad 2/10, además de leve distensión abdominal y dificultad para eliminar flatos, 24 horas después el dolor abdominal fue incrementando a nivel de epigastrio y mesogastrio tipo retorcijón 6/10, asociado a náuseas y vómitos de contenido líquido amarillento en 10 oportunidades, sudoración y debilidad. Dos horas después refiere sentir dolor más intenso 9/10 en epigastrio que se irradia hacia la espalda, presentando nuevamente vómitos en 7 oportunidades lo cual desmejora aún más su estado, refiriendo además aparente pérdida de conocimiento por momentos.

Antecedentes personales: Úlcera duodenal Forrest II junio del 2019, con tratamiento endoscópico, no cirugías previas, no alergias.

Examen Físico: Paciente despierto, en mal estado general, mal estado de hidratación, regular estado de nutrición, mucosas orales secas, piel pálida sudorosa, facies álgica, Abdomen: Globuloso, simétrico, móvil a la respiración, blando, depresible, se evidencia tumoración umbilical no dolorosa, no aumenta a la maniobra de Valsalva, dolor a la palpación superficial a nivel de epigastrio y mesogastrio, Mc Burney (-), Blumberg (+), Rovsing (+/-), RHA disminuidos en frecuencia e intensidad.

Con exámenes de ingreso: Hemograma: Hb: 20.9, leucocitos 19,510, plaquetas 325000, segmentados %: 92.0, eosinófilos %: 0.1, basófilos %: 0.1, linfocitos %: 5.4, monocitos %: 2.4, creatinina en sangre: 3.34 / 3.44, K: 3.9, Na: 142, LACM: 2.1, amilasa 159.

Ecografía abdominal completa: Discreta dilatación difusa de asas intestinales delgadas con contenido líquido, peristaltismo disminuido, hallazgos estarían en relación con íleo paralítico por probable peritonitis aguda por sospecha de apendicitis aguda complicada, escaso líquido en hemiabdomen inferior a nivel de interasas, vesícula biliar no visible .

Tomografía abdominopélvica sin contraste (Figuras 1 y 2): Hígado de adecuada morfología y densidad, vías biliares intrahepáticas no dilatadas, vesícula biliar no visualizada, lesión de densidad líquida de aspecto quístico de 36 x 36 mm en riñón derecho, presencia de dilatación de asas intestinales con presencia de contenido líquido en su interior a descartar íleo, se sugiere controles, no se llega a definir apéndice cecal, ausencia de líquido libre en cavidad peritoneal.

Figura 1
TAC abdomen signo de aerobilia, (flecha roja)

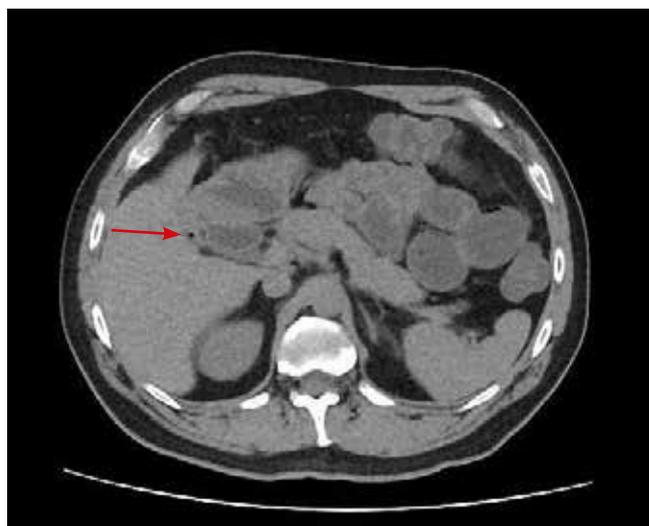
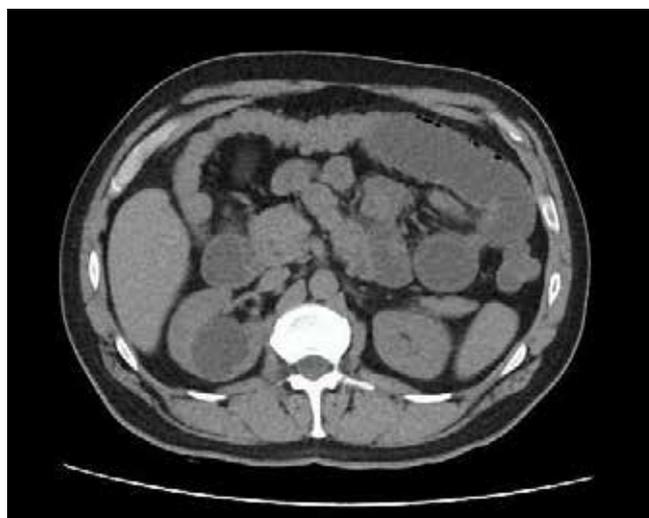


Figura 2
TAC Abdomen disminución de calibre de asa intestinal



Paciente en observación es reevaluado, donde refiere continúa con dolor abdominal. Al examen físico paciente persiste como abdomen agudo quirúrgico, deshidratación y sonda nasogástrica +/- 500 ml retención, hemograma 19 000 leucocitos, creatinina 3.3, por lo que se decide su intervención quirúrgica, previa interconsulta a medicina interna por los valores de creatinina donde sugiere mejorar la hidratación.

Figura 3
Fístula colecistocolónica de 2.4cm



Figura 4
Lito de 3x5x1cm



Se realiza una laparotomía exploratoria donde se encuentra Apéndice cecal sin modificaciones, fístula colecistocolónica y cálculo de 5x3 cm en luz de colon descendente, plastrón en zona subhepática entre epiplón, colon y vesícula biliar; asas delgadas dilatadas. Se realiza liberación y disección por planos de zona plastronada, llegando a identificar fístula colecistocolónica de 2.4 cm de diámetro, liberación roma y cuidadosa hasta identificar conducto cístico y arteria cística, ligadura de ambas, colecistectomía directa. Se identifica cálculo en bacinete de aproximadamente 0.5 cm, orificio de fístula en colon con bordes inflamados, se decide resección en cuña, cierre en dos planos, extracción de cuerpo sólido, realizando la incisión en tenia en borde anti mesentérico de 2 cm, extracción de lito gigante, cierre en dos planos, revisión de hemostasia, no bilirragia. Se coloca dren tubular en espacio subhepático, y dren penrose en zona de cierre de fístula en colon.

En la evolución post quirúrgica favorable, dolor disminuye, no náuseas, no vómitos, no alza térmica, con drenajes serohemáticos, en los controles laboratoriales: hemograma: leucocitos: 7100, hemoglobina: 15, creatinina: 1.98, hemograma y creatinina en descenso hasta llegar a valores normales, creatinina en 0.7. Al momento paciente fue dado de alta, con evolución favorable.

DISCUSIÓN

El íleo biliar es una de las causas poco comunes de oclusión intestinal mecánica. La sospecha clínica debe estar presente ante aquellos pacientes que presentan un cuadro de dolor abdominal compatible con colecistitis aguda y datos de oclusión intestinal alta, debido a que el sitio más común de impactación del cálculo biliar es el íleon distal (válvula ileocecal)¹.

Lo peculiar de este caso fue que los exámenes imagenológicos específicamente los informes de la ecografía y tomografía, no dieron signos de íleo biliar, más bien conducían el diagnóstico a un cuadro quirúrgico apendicular. La decisión de la intervención quirúrgica fue debido el examen físico, el mal estado general, el abdomen persistía con signos peritoneales, era un abdomen agudo quirúrgico y las imágenes tomográficas mostraban distensión de asa delgada, cambio de calibre de la misma, aereobilia, y presencia de lito gigante, sin embargo no se veía ningún signo de apendicitis aguda, lo cual no fue plasmado en el informe tomográfico.

El manejo inicial de los pacientes con íleo biliar es siempre quirúrgico previa estabilización y está encaminado a resolver la obstrucción y prevenir complicaciones. La enterotomía en el borde anti

mesentérico con extracción del cálculo biliar y cierre transversal es el manejo estandarizado de urgencia. La colecistectomía con resolución de la fístula en el mismo acto quirúrgico se reserva para aquellos pacientes jóvenes y clínicamente estables, cuando sus condiciones lo permitan, siendo la cirugía en dos tiempos con colecistectomía de intervalo la más recomendada en la mayoría de los casos.

Debido a su baja incidencia, no existe un consenso que pautel el manejo a seguir en los pacientes con diagnóstico de íleo biliar. Si bien se sabe que el tratamiento estándar es la resolución quirúrgica, hay diversas opiniones en cuanto al tipo de cirugía a realizar.

Reisner y Cohen apoyan el manejo quirúrgico en dos tiempos con enterolitotomía más extracción del cálculo de urgencia, con lo cual se resuelve la obstrucción intestinal².

Por otro lado, Rodríguez-Sanjuán recomiendan la cirugía en un solo tiempo, en la cual se incluye una

técnica biliar (colecistectomía o colecistostomía), con cierre de la fístula asociado a la enterolitotomía.

Establecer un algoritmo de diagnóstico para la obstrucción intestinal es un elemento fundamental para cada institución, ya que mejorará la precisión de diagnóstico y duración de la cirugía, brindando un mejor resultado para el paciente³.

El íleo biliar es una condición en pacientes de edad mayor que normalmente se presenta con enfermedades concomitantes¹.

Los cirujanos deben sospechar de esta enfermedad en los pacientes mayores con obstrucción intestinal y deben buscar los signos radiológicos de Rigler.

Dado el hecho de que esta entidad clínica es poco común, la literatura médica relevante al tema es limitada y no hay estudios aleatorizados para apoyar la terapia óptima. Por lo tanto, sugerimos que entre las actuales opciones la enterolitotomía es la más segura para el manejo de íleo biliar.

BIBLIOGRAFÍA

1. Belmontes M., Pintor J., Íleo biliar, Una causa infrecuente de oclusión intestinal. Presentación de un caso clínico y revisión de la literatura. Revista de la Facultad de Medicina México[Internet] 2015 [consultado 3 septiembre 2021]; vol 58(1). Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0026-17422015000100033
2. Ploneda-Valenciaa C.F., Gallo-Moralesa M., Rinchonb C., Navarro-Muñiz E. et al. El íleo biliar: una revisión de la literatura médica. Revista de Gastroenterología de México[Internet] 2017 [consultado 3 septiembre 2021];82(3):248-254. Disponible en El íleo biliar: una revisión de la literatura médica - ScienceDirect
3. Salazar Jimenez M., Alvarado Duran J., Fermín-Contreras M. et al. Íleo biliar, revisión del manejo quirúrgico. Cirugía y Cirujanos[Internet] 2018 [consultado 3 septiembre 2021]; 86:182-186. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/circir/cc-2018/cc182k.pdf>.