

Oclusión intestinal por íleo biliar, tratamiento quirúrgico

José Roberto Ramírez-Nava^{a,*}, Enrique Rentería-Palomo^a,
Roberto Delano-Alonso^{a,b}, Carlos Valenzuela-Salazar^a



Resumen

Antecedentes: El íleo biliar es una rara complicación de la colecistitis crónica litiásica que representa del 1 al 3% de los casos de oclusión intestinal. Primera vez descrito por Bartolin en 1654, el íleo biliar ocurre por obstrucción crónica del conducto cístico y necrosis de la vesícula biliar, lo que puede desarrollar una fistula colecisto-entérica. Rigler en 1941 describió la tríada clásica del íleo biliar.

Caso clínico: Mujer de 56 años de edad con diagnóstico de insuficiencia hepática que súbitamente presentó distensión abdominal con ausencia de evacuaciones y canalización de gases. La tomografía abdominal mostró datos que sugieren el diagnóstico de oclusión intestinal, por lo que se realizó laparotomía exploradora con presencia de distensión de asas. Se retiraron 2 litos por medio de enterolitotomía; evolución posquirúrgica adecuada hasta lograr estabilización hemodinámica y alta hospitalaria.

Conclusiones: La presencia de íleo biliar es una rara causa

de colusión intestinal que requiere de tratamiento quirúrgico para su resolución. Ee necesita un alto nivel de sospecha para su diagnóstico y manejo.

Palabras clave: Íleo biliar; oclusión intestinal; tratamiento.

Bowel obstruction for gall stone ileus, surgical management

Abstract

Background: Gall-stone ileus is a weird complication of the lithiasic cholecyst since it represents only 1 to 3% of the bowel obstruction cases. It was described for the first time by Bartoin in 1654, the gall-stone ileus happens due to a cronic obstruction in the cystic duct than causes gallbladder necrosis and a bile enteric fistula. In 1941, Rigler described the classic triad for the gall-stone ileus.

Clinical case: A 56-year-old woman that had a diagnosis of hepatic failure, suddenly presented abdominal distension, constipation and obstipation. The abdominal tomography showed data that suggested a bowel occlusion, therefore, we performed an exploratory laparotomy and found distension of the bowel loops and the presence of three gall stones, that were removed with enterolitotomy.

Conclusions: The gall-stone ileus is a rare cause for bowel occlusion that requires surgical treatment; it needs a high level of suspicion for its diagnoses and management.

Key words: Gall-stone ileus; bowel occlusion; treatment.

^aCirugía General y Endoscópica. Hospital General Dr. Manuel Gea González. Secretaría de Salud. Ciudad de México, México.

^bServicio de Endoscopia Gastrointestinal. Hospital General Dr. Manuel Gea González. Secretaría de Salud. Ciudad de México, México.

*Correspondencia: José Roberto Ramírez-Nava
Correo electrónico: dr.joserobertonava@gmail.com

Recibido: 01-septiembre-2018. Aceptado: 27-febrero-2019.

ANTECEDENTES

Patología descrita por primera vez por Bartolin en 1654, el íleo biliar ocurre por obstrucción crónica del conducto cístico y necrosis de la vesícula biliar, lo que puede desarrollar una fístula colecistoentérica con el estómago, duodeno o colon. Los litos mayores de 2.5 cm y que pasan al tubo digestivo pueden producir ausencia del tránsito intestinal y ocasionar oclusión intestinal¹.

El íleo biliar es una rara complicación de la colecistitis crónica litiásica y representa del 1 al 3% de los casos de oclusión intestinal. Presenta una incidencia constata de 30-35 casos por un millón de habitantes. Constituye el facto etiológico en menos de 5% de las oclusiones intestinales^{1,2}.

Se presenta el caso de una paciente con diagnóstico de insuficiencia hepática de origen a determinar, con presencia de íleo biliar, su diagnóstico y su resolución por medio de cirugía.

CASO CLÍNICO

Mujer de 56 años de edad, con antecedente de transfusión de 4 paquetes globulares 6 meses previos a este internamiento por sangrado de tubo digestivo alto, sin mención de causa aparente. Acudió al servicio de urgencias por cuadro de siete días de evolución con presencia de dolor abdominal localizado en epigastrio e hipocondrio derecho, con mejoría parcial con la administración de analgésicos, tipo urente, acompañado de astenia, adinamia, hiporexia y presencia de hematemesis y melena en 2 ocasiones previo a internamiento.

La paciente ingresó con presencia de taquicardia sinusal, manteniendo tensión arterial en parámetros normales, afebril, con distensión abdominal, sin datos de abdomen agudo.

En sus estudios de laboratorio de ingreso destacó la presencia de hemoglobina en 2.5; hematocrito en 8.5; plaquetas en 476; cociente internacional normalizado (INR), 1.5; albúmina, 1.72; alanina-aminotransferasa (ALT), 56; aspartato-transaminasa (AST), 133; gammaglutamil transpeptidasa (GGT), 116; fosfatasa alcalina (FA), 261; y deshidrogenasa láctica (DHL), 316. Se realizó panendoscopia con reporte de gastropatía congestiva y coágulo adherido en el fondo, además de ulceración

en la segunda porción de duodeno; por lo anterior, se ingresó a Medicina Interna con diagnóstico de insuficiencia hepática Child-Pugh B de causa a determinar.

Durante su evolución presentó de manera súbita cuadro de distensión abdominal importante, dolor abdominal generalizado moderado en intensidad, ausencia de evacuaciones y canalización de gases, se realizó tomografía computarizada donde se reporta distensión de asas de intestino delgado, presencia de líquido libre en cavidad abdominal y presencia de 2 tumores intraluminales a nivel de intestino delgado (**figuras 1 y 2**); se diagnosticó oclusión intestinal, por lo que se decidió realizar tratamiento quirúrgico por nuestro servicio.

Previo a la intervención, la paciente presentaba deterioro clínico, por lo que requirió apoyo aminérgico, y se colocó sonda nasogástrica con salida de abundante líquido biliar. Se realizó laparotomía exploradora de urgencia, y se encontró presencia de líquido ascítico (aproximadamente 4,200 ml), distensión de asas intestinales sin evidencia de isquemia o perforación, y presencia de 3 litos intraluminales a 150 y 170 cm de ángulo de Treitz, por lo que se realizó enterolitotomía con extracción manual de los mismo (**figuras 3, 4 y 5**), de características facetadas, espiculados, consistencia dura y color verde; se realizó cierre de enterotomía con sutura absorbible, súrgete continuo el primer plano, y puntos de Lembert en segundo plano, sin complicaciones, se observó plastrón de epiplón hacia la fosa cística.

El posquirúrgico cursó con evolución adecuada, tolerando la vía oral; se logró estabilización hemodinámica hasta el retiro de aminas; se realizó nueva panendoscopia con evidencia de coágulo en el fondo gástrico, sin evidencia de sangrado activo, presencia de bulbo duodenal deformado con mucosa hiperémica, no friable, con presencia de fístula biliar, sin otras alteraciones. Se realizó el alta hospitalaria a las 7 semanas.

DISCUSIÓN

La mayor prevalencia es en mujeres, usualmente de edad mayor de 65 años. Como antecedente significativo, solo 50% de los casos tienen antecedente de un cuadro de enfermedad biliar, se asocia con



Foto: Otorgada por los autores

Figura 1. TAC Abdominal con presencia de líquido perihepático y periesplénico, además de presencia de neumobilia.



Figura 2. Presencia de lito intraluminal, el cual condiciona oclusión de la luz intestinal con presencia de distensión de asas.

una mortalidad de 12-27% y morbilidad de más del 50%^{1,3}.

Fisiopatología

Frecuentemente, los casos de íleo biliar son precedidos por un episodio inicial de colecistitis aguda. La respuesta inflamatoria en la vesícula biliar y tejidos circundantes favorece la formación de adhesión entre las estructuras, y junto con el efecto de presión se ocasiona erosión de la pared vesicular, ocasionando como primer evento datos de isquemia y, posteriormente, necrosis; este proceso inflamatorio puede llegar a erosionar tejidos circundantes y luego formar una fístula entre la vesícula y la luz de la porción del sistema gastrointestinal adherida^{2,3}.

La fístula más frecuente es la que ocurre entre la vesícula y el duodeno, debido a su proximidad. El estómago, intestino delgado y transverso del colon pueden estar involucrados. La mayoría de los litos de entre 2 y 2.5 cm logran pasar adecuadamente el sistema digestivo^{2,3}.

Reisner et al. describieron la impactación de lito más comúnmente en el íleon (60.5%), yeyuno (16%), estómago (14.2%), colon (4.1%) y duodeno (3.5%)⁴.

Manifestaciones clínicas

Los síntomas más predominantes de íleo biliar se pueden manifestar como episodios de obstrucción crónica, aguda o intermitente, con presencia de náuseas, vómitos, dolor abdominal y distensión².

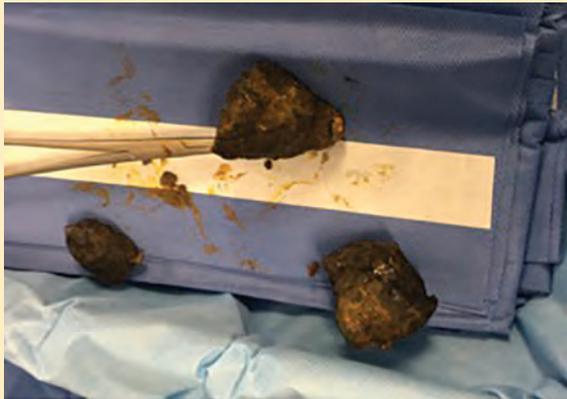


Figura 4. Oclusión intestinal por íleo biliar.

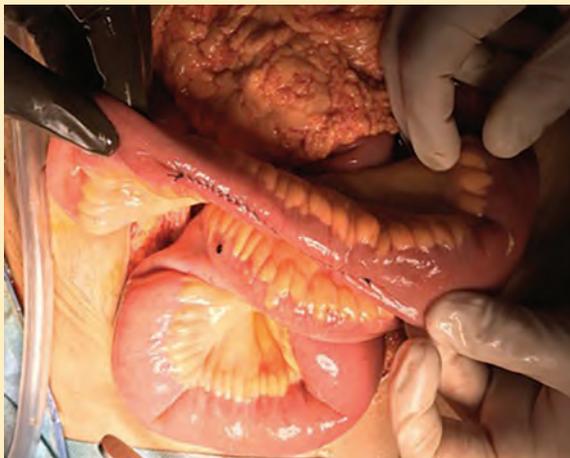


Figura 3. Producto de enterolitotomía, 3 litos facetados.



Figura 5. Cierre de enterolitotomía.

Las características del vómito dependen de la localización de la obstrucción.

En los casos de impactación del lito en el estómago (síndrome de Bouveret), el vómito está presente en 86% de los casos, y el dolor abdominal en 71% de los casos².

La exploración física puede no ser específica, encontrando signos de deshidratación, distensión abdominal y dolor abdominal con presencia de ruidos peristálticos aumentados e ictericia obstructiva².

Los cuadros subagudos se diferencian porque pueden llegar a tener paso de gas, pero no de heces. El

tipo crónico (síndrome de Karewsky) es caracterizado por episodios recurrentes de dolor ocasionados por el paso del lito en la luz del intestino delgado, sin llegar a ocasionar un evento oclusivo completo³.

Se puede tener la sospecha cuando encontramos la triada de Mordor presente:

- Historia de enfermedad colecística litiásica.
- Signos de colecistitis aguda.
- Datos de oclusión intestinal³.

Diagnóstico

Los estudios de laboratorio pueden mostrar elevación de leucocitos, anormalidad en las pruebas de función hepática y alteraciones electrolíticas, sin otros datos de relevancia para el diagnóstico^{2,3}.

Radiografías

En 1941, Rigler describió los signos radiográficos de esta enfermedad:

- Oclusión intestinal total o parcial.
- Pneumobilia.
- Lito aberrante.
- Cambio de posición del lito en radiografías seriadas^{2,3}.

La presencia de 2 o 3 signos es considerada característica de la enfermedad y se encuentran en un 20-50% de los casos^{2,3}.

Serie gastrointestinal

Se pueden encontrar neumobilia 45%, defecto de llenado o masa en el duodeno 44%, fístula colecistoduodenal 38%, obstrucción pilórica 27%, estómago distendido 27%, lito en duodeno 21% y datos de obstrucción duodenal en 12%².

En placas seriadas, la presencia de movilización del lito se conoce como otro signo típico y se conoce como la tetrada de Rigler^{2,3}.

Balthazar y Schenchter describieron un quinto signo radiológico que involucra la presencia de niveles hidroaéreos en el cuadrante superior derecho, el medial correspondiente al duodeno y el lateral a la vesícula biliar; se han descrito otros signos radiológicos, al pasar agua con medio de contraste

hidrosoluble, llamado el signo de Forchet o “cabeza de serpiente” que consiste en la presencia de un halo alrededor del lito, otro consiste en el signo de Petren que es el paso de medio de contraste hacia el tracto biliar.

Tomografía computarizada

Considerada el estándar de oro, con una sensibilidad del 93%. La triada de Rigler es más comúnmente encontrada por este medio en un 77.8% de los casos, obteniendo imágenes de oclusión intestinal en 96.3%, neumobilia en 88.8% y lito ectópico en 81.4%^{2,3}.

Tratamiento

El tratamiento principal es liberar la oclusión del sistema gastrointestinal con extracción del lito. La reposición hidroelectrolítica y el control metabólico son parte esencial del tratamiento médico.

Los tratamientos quirúrgicos actuales son:

- Enterolitotomía.
- Enterolitotomía, colecistectomía y cierre de fístula.
- Enterolitotomía con colecistectomía en un segundo procedimiento.

La enterolitotomía es el procedimiento más utilizado. Se realiza laparotomía exploradora y una vez identificada la zona de obstrucción se hace una incisión longitudinal en el borde antimesentérico del intestino delgado. Se recomienda cierre transversal de la enterotomía.

La reparación completa en un tiempo (cierre de fístula y colecistectomía) se recomienda en casos seleccionados en los que el paciente se encuentra estable, con reposición hídrica y de electrolitos adecuada.

La recurrencia del íleo biliar es del 2-5%, pero aumenta hasta 8% después de realizar la enterolitotomía únicamente, si el paciente no ha recibido reparación en los 6 meses siguientes, por lo que se considera a la enterolitotomía como el procedimiento de elección en casos de pacientes con comorbilidades, inestabilidad hemodinámica y alto riesgo de complicaciones quirúrgicas².

La persistencia de la fístula colecistoentérica puede tener complicaciones a largo plazo como presencia de cáncer de vesícula biliar con una incidencia de 15%².

La cirugía de 2 tiempos corresponde a la realización de enterolitotomía únicamente en el primer tiempo quirúrgico con colecistectomía de intervalo y reparación de la fístula en un segundo tiempo^{2,4}.

La cirugía de 1 tiempo envuelve a la enterolitotomía y a la realización de colecistectomía con cierre de la fístula, presentando un riesgo de recurrencia del 1%³.

La cirugía de 2 tiempos corresponde a la realización de enterolitotomía únicamente en el primer tiempo quirúrgico con colecistectomía de intervalo y reparación de la fístula en el segundo tiempo³.

Cirugía laparoscópica

1993, Montgomery reportó 2 casos de oclusión intestinal por íleo biliar. Se utiliza solo en 10% de los casos seleccionados con una alta probabilidad de conversión a laparotomía de 53.3%².

Reisner reportó cerca de 1,000 casos de íleo biliar tratados de diferentes formas en los últimos 40 años, en su estudio comenta la terapéutica de un estadio en 11% y enterolitotomía en 80% de los casos, con una mortalidad de 17 y 11.7% respectivamente^{4,5}.

Doko et al. en una serie de 30 casos reporta una morbilidad y mortalidad de 27.3 y 9% en pacientes con enterolitotomía y de 61.1 y 10.1% en los casos de terapia en un estadio^{4,5}.

Morbilidad

La complicación más común del posoperatorio es la infección de herida. Raiford et al. lo reportan en 75% de los casos. En una serie más actual, se encontró un rango de complicaciones de 45-63%, siendo la infección de herida la más común; también se han documentado presencia de peritonitis localizada, complicaciones respiratorias, flebitis, obstrucción recurrente y colangitis⁴.

Mortalidad

El íleo biliar es una complicación de predominio en ancianos, de los cuales 80-90% presentarán co-

morbilidades. Al paso de los años la mortalidad ha mostrado disminución, específicamente con el uso de enterolitotomía simple de hasta un 11.7%^{2,5}.

CONCLUSIONES

Ante los datos clínicos de una paciente de 56 años, sin antecedentes quirúrgicos previos, con diagnóstico de hepatopatía, con presencia de deterioro hemodinámico progresivo, sin evidencia de sangrado activo, se debe realizar primeramente un adecuado abordaje diagnóstico con la utilización de estudios de imagen disponibles para el estudio del cuadro oclusivo, al determinar la etiología de la oclusión, se debe ofrecer la terapéutica quirúrgica más adecuada en este tipo de paciente, considerando su estabilidad y comorbilidades, en este caso la realización de enterolitotomía de urgencia, manteniendo en vigilancia posoperatoria al paciente y posteriormente si se presenta cierre espontáneo de la fístula o si se debe realizar un nuevo procedimiento quirúrgico.

AGRADECIMIENTOS

A todo el servicio de cirugía general por el apoyo y cuidado diario de nuestros pacientes, su entrega y dedicación son inigualables.

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran no presentar ningún conflicto de interés. ●

REFERENCIAS

1. Nikhil P, Christy C, Motaz Q. Gallstone Ileus. *J Gastrointest Surg.* 2018;22:1989. <https://doi.org/10.1007/s11605-018-3721-1>
2. Nuño-Guzmán C, Marín-Contreras ME, Figueroa-Sánchez M, Corona JL. Gallstone ileus, clinical presentation, diagnostic and treatment approach. *World J Gastrointest Surg.* 2016 January 27;8(1):65-76.
3. Ploneda-Valencia M, Gallo-Morales CR, Navarro-Muñiz E, Bautista-López CA, De la Cerda Trujillo LF, Rea-Azpeitia LA, et al. Gallstone ileus: An overview of the literature; *Revista de Gastroenterología de México.* 2017;82(3):248-54.
4. Xin-Zheng D, Guo-Qiang L, Feng Zhang, Xue-Hao W, Chuan-Yong Z. Gallstone ileus: Case report and literature review. *World J Gastroenterol.* 2013 September 7;19(33):5586-9.
5. Scuderi V, Adamo V, Naddeo M, Di Natale W, Boglione L, Cavalli S. Gallstone ileus: monocentric experience looking for the adequate approach. *Updates Surg.* 2018 Dec;70(4):503-511. doi: 10.1007/s13304-017-0495-z. Epub 2017 Oct 10.