

UNA CAUSA INFRECUENTE DE OBSTRUCCION INTESTINAL

Dra. Patricia Boned Blas¹ / Dra. Sofia Borlan Ansón² / Dra. Victoria Mayoral³

¹FEA Servicio de Urgencias. Hospital Royo Villanova. Zaragoza

²FEA Servicio de Cirugía. Hospital Royo Villanova. Zaragoza

³FEA Servicio de Radiología. Hospital Royo Villanova. Zaragoza

RESUMEN

El íleo biliar es una complicación rara de la litiasis biliar, que en la práctica clínica se presenta como un cuadro de obstrucción intestinal, difícil de diagnosticar, que se produce como resultado de una comunicación anormal entre la vía biliar y el tubo digestivo, siendo la más frecuente la fístula colecistoduodenal, con la consiguiente eliminación del cálculo e impactación del mismo distalmente hasta presentar el cuadro clínico de obstrucción intestinal.

PALABRAS CLAVE

Ileo biliar, obstrucción intestinal, dolor abdominal

ABSTRACT

Gallstone ileus is a rare complication of biliary lithiasis, which in clinical practice presents as a picture of intestinal obstruction, difficult to diagnose, that occurs as a result of an abnormal communication between the bile duct and the digestive tract, being the most common The cholecystoduodenal fistula, with the consequent elimination of the calculus and impaction distally until presenting the clinical picture of intestinal obstruction.

KEY WORDS

Gallstone ileus, intestinal obstruction, abdominal pain

CASO CLINICO

Paciente varón de 82 años de edad con antecedentes personales de hipertensión arterial, fibrilación auricular, portador de marcapasos por enfermedad del nódulo sinusal e hiperuricemia. En tratamiento con Zyloric 100 mg, Emconcor cor 2.5 mg, Apocard 100 mg, Valsartan 40 mg, Omeprazol 20 mg y Sintrom 4 mg.

El paciente había estado ingresado en el hospital hacía tres meses por episodio de colecistitis aguda alitiásica no subsidiaria de cirugía urgente durante el ingreso y se encontraba pendiente de revisión en consultas de Digestivo.

Acude al Servicio de Urgencias por dolor abdominal desde hace una semana a nivel de hipogastrio y periumbilical acompañado de vómitos persistentes e hiporexia, sensación de distensión abdominal, refiere deposiciones normales y oliguria. Afebril.

A la exploración presenta constantes normales, no ictericia ni palidez de piel ni mucosas, discretos signos de deshidratación.

El abdomen se encuentra blando, doloroso a nivel de hipocondrio derecho con Murphy dudoso, no se objetiva una importante distensión abdominal, no se palpan masas y peristaltismo prácticamente ausente.

Notas Clínicas

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Análítica de sangre: Glucemia 113 mg/dl, Urea 139, Creatinina 4.64, ácido láctico 2.5, GOT 19, amilasa 71, Na 134, K 5.2, PCR 15.9, leucocitos 16400 (87%N, 6%L), Hb 11.6, Hto 33.4, plaquetas 351. INR 3.03.

Equilibrio ácido base y orina: normales

Radiografía de abdomen: luminograma intestinal sin cambios patológicos

Eco abdomen: Vesícula biliar escasamente visualizada por abundante gas, no se objetiva dilatación de la vía biliar intra ni extrahepática, distensión de asas de intestino delgado con abundante contenido líquido y escaso peristaltismo.

TAC abdomen: cuadro oclusivo de intestino delgado con cambio de calibre de asa de vacío izquierdo en cuyo interior se identifica imagen ovalada con bordes calcificados y dimensiones de 49 mm x 32 mm compatible con litiasis como etiología del cuadro oclusivo.

Tras pruebas complementarias se contacta con Servicio de Cirugía para realizar cirugía urgente de Íleo biliar y se inicia tratamiento con Octaplex para revertir el Sintrom que tomaba nuestro paciente.

CIRUGIA

Se realiza cirugía urgente, realizando minilaparotomía a caballo del ombligo, localizando manualmente el asa intestinal, en íleon distal.

Se realiza enterotomía proximal a la im-



Fig. 2.

pactación de la litiasis en zona sana, extracción de la misma, voluminosa litiasis (Fig. 2). Cierre de la enterotomía transversalmente con sutura trenzada reabsorbible 3/0. Postoperatorio sin incidencias. Se dio de alta el paciente al quinto día. El postoperatorio transcurrió sin incidencia.

DISCUSION

El íleo biliar corresponde a un tipo de obstrucción intestinal mecánica causada por la impacción de un cálculo biliar dentro del tracto gastrointestinal como resultado de una comunicación anómala entre éste y el sistema biliar, puede presentarse desde el estómago hasta el recto, el sitio más común es el intestino delgado^{1,2}. Se considera una complicación rara de la colelitiasis, y representa el 1- 4% de las causas de obstrucción intestinal en la población general, pero en los pacientes mayores de 65 años de edad puede ser de hasta el 25%³.

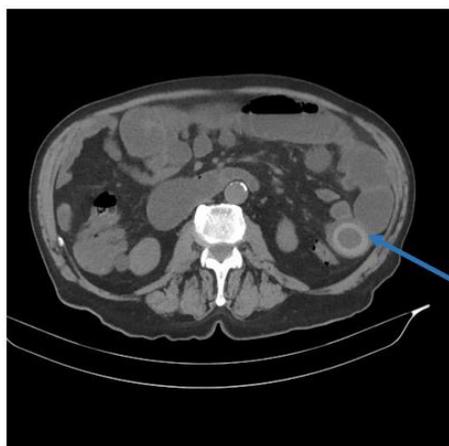


Fig. 1.

Notas Clínicas

La presentación clínica depende del sitio de la obstrucción y se puede manifestar como un episodio agudo, crónico o intermitente de oclusión intestinal, dificultando su diagnóstico⁴. El paciente con íleo biliar agudo llega habitualmente a urgencias con una aparición repentina de distensión abdominal, vómito y estreñimiento. El tipo crónico ó síndrome de Karewsky, se caracteriza por episodios de dolor recurrentes causados por el paso de cálculos biliares a través del intestino, junto con un periodo de tiempo asintomático, llegando a la obstrucción completa en varias etapas⁵.

Los síntomas clínicos varían, dependiendo del sitio de la obstrucción. En casos de obstrucción intestinal aparece la distensión abdominal, dolor, vómitos, ausencia de peristaltismo y estreñimiento. Ocasionalmente encontramos ictericia. Se sospecha un íleo biliar cuando un paciente de edad mayor presenta la tríada de Mordor: historia de litiasis vesicular, signos clínicos de colecistitis y obstrucción intestinal⁶.

La exploración física y las pruebas de laboratorio no señalan a una causa particular de la obstrucción intestinal. Se puede encontrar un aumento de los reactantes de fase aguda y de las enzimas hepáticas.

La radiografía de abdomen es el primer estudio que se debe solicitar, se suelen encontrar datos de obstrucción intestinal pero normalmente no identificamos la causa, ya que la mayoría de los litos no son lo suficientemente densos para ser detectados. En la radiografía se puede detectar la tríada de Rigler que consiste en neumobilia, imagen radiopaca ectópica (lito) y distensión intestinal⁷.

El ultrasonido puede confirmar colelitiasis residual, la presencia de una fístula enterobiliar, litos ectópicos y en alguna ocasión el lito impactado en el intestino.

La tomografía tiene una sensibilidad del 93% y especificidad del 100%, por lo que se considera el estudio óptimo para el diagnóstico de íleo biliar, ya que puede determinar la causa y el nivel de la obstrucción, la presenta y tamaño del lito ectópico y la presencia de fístula bilioentérica⁸.

El tratamiento es quirúrgico y debe estar dirigido primordialmente a la obstrucción intestinal y secundariamente a la fístula biliodigestiva, que se puede realizar ó no simultáneamente, dependiendo de las condiciones del paciente⁹.

La cirugía recomendada por la mayoría de los autores es la enterotomía por presentar un bajo índice de complicaciones y cierre de la fístula de manera espontánea en el 50% de los casos. Se realiza de forma longitudinal a una distancia de 15-20 cm proximales al sitio de la obstrucción en un área sana, posteriormente se procede a la extracción del lito y finalmente se realiza la enterotomía transversa. Otra opción es la resolución mediante abordaje laparoscópico en caso de personal con experiencia¹⁰.

CONCLUSION

El íleo biliar es una causa infrecuente de obstrucción intestinal en pacientes de edad avanzada, requiere un alto índice de sospecha ante un cuadro de oclusión intestinal intermitente para su correcto diagnóstico apoyándonos en estudios de imagen para confirmarlo. El diagnóstico preoperatorio disminuye las complicaciones por lo que adquiere gran importancia el poderlo realizar en el Servicio de Urgencias.

Notas Clínicas

BIBLIOGRAFIA

1. Reisner RM, Cohen JR. Gallstone Ileus: A review of 1001 reported cases. *Am Surg* 1994; 60: 441-6.
2. Alencastro MC, Toledo CK, Araujo MC, Longatto BY, Barros CR, Pereira FG. Acute intestinal obstruction due to gallstone ileus. *rev Col Bras Cir.* 2013; 40(4):275-80.
3. Masannat Y, Shatnawei A. Gallstone ileus: A review . *Mt Sinai J Med* 2006; 73(8): 1132-4.
4. Conzo G, Mauriello C, Gambardella C, Napolitano S, Cavallo F, Tartaglia E et al. Gallstone ileus: one-stage surgery in an elderly patient one-stage surgery in gallstone ileus. *Int J surg Case Rep.* 2013; (4): 316-8.
5. J.Martin Pérez, L.Delgado Plasencia, A. Bravo Gutierrez et al. Gallstone ileus as a cause of acute abdomen. Importance of early diagnosis for surgical treatment. *Cir Esp.*, 91(20139, pp 485-489.
6. Reena R, Graham WJ. The operative management of gallstone ileus. *Ann R Coll Surg Engl.* 2010; 92: 279-81.
7. 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.
8. Ayantunde AA, Agrawal A. gallstone ileus: Diagnosis and management. *World J Surg.* 2007; 31: 1292-7.
9. Doko M, Zovak M, Kopljar M, Glavan E, Ljubicic N, Hochstadter H. Comparison of surgical treatments of gallstone ileus: preliminary report. *World J Surg* 2003; 27 (4): 400-4.
10. Agresta F, Bedin N. Gallstone ileus as a complication of acute cholecystitis. Laparoscopic diagnosis and treatment. *Surg Endosc* 2002; 16 (11): 1637.