

TRIADA DE RIGLER E ILEO BILIAR

Dra. Ana Cristina Utrillas Martínez¹ / Dr. Mohamedfadel Bleila² / Dr. Juan Jose Sánchez Rodríguez³ / Dr. El Mostafa El Yaqine Er Raoudi³ / Dra. Melody García Domínguez¹ / Dra. Celia Moreno Muzas¹

¹ Médico adjunto Servicio de Cirugía General y Aparato Digestivo. Hospital Obispo Polanco. Teruel

² Médico adjunto Servicio de Radiología. Hospital Obispo Polanco. Teruel

³ Residente del Servicio de Cirugía General y Aparato Digestivo. Hospital Obispo Polanco. Teruel

RESUMEN

La Triada de Rigler consiste en la presencia, tanto en Rx abdominal como en TC, de litiasis biliar ectópica, distensión intestinal y aerobilia. Sugiere íleo biliar, una causa muy poco frecuente de obstrucción intestinal. Presentamos el caso de una paciente con íleo biliar de localización duodenal y con hallazgos en TC abdominal de Triada de Rigler.

PALABRAS CLAVE

Triada Rigler, íleo biliar, obstrucción intestinal.

RIGLER'S TRIAD AND BILIAR ILEUS

ABSTRACT

Rigler's Triad consists of existence of ectopic biliar gallstone, bowel distention and pneumobilia, in abdominal radiography or TC. These findings suggest biliar ileus, a very infrequent cause of intestinal obstruction. We present a woman suffering a biliar ileus in duodenum, with Rigler's Triad findings in TC.

KEY WORDS

Rigler's Triad, biliar ileus, intestinal obstruction.

CASO CLÍNICO

Mujer de 87 años con antecedentes de deterioro cognitivo leve y episodio de colecistitis que se trató de forma conservadora 6 meses antes, que acude a urgencias por vómitos alimenticios y biliares, con intolerancia digestiva de tres días de evolución. Refiere discreta epigastralgia, niega fiebre, ictericia o coluria. A la exploración, presenta regular estado general y abdomen blando y depresible, sin dolor ni defensa a la palpación. La analítica revela leucocitosis y neutrofilia

y elevación de PCR. Se realiza Rx abdominal que muestra aerobilia (Fig. 1) y ecografía abdominal que se completa con TAC abdominal, en el cual se observa la clásica Tríada de Rigler (Fig. 2), diagnosticándose de fístula colecistoduodenal con posible compromiso de ángulo hepático del colon y región pilórica e impactación de litiasis de unos 5 cms en 2ª porción duodenal. Se indica cirugía urgente, realizándose una enterotomía duodenal con extracción de la litiasis (Fig. 3).

El íleo biliar es una complicación poco fre-

Diagnóstico por imagen



Fig. 1. Rx abdominal: Aerobilia (flecha).

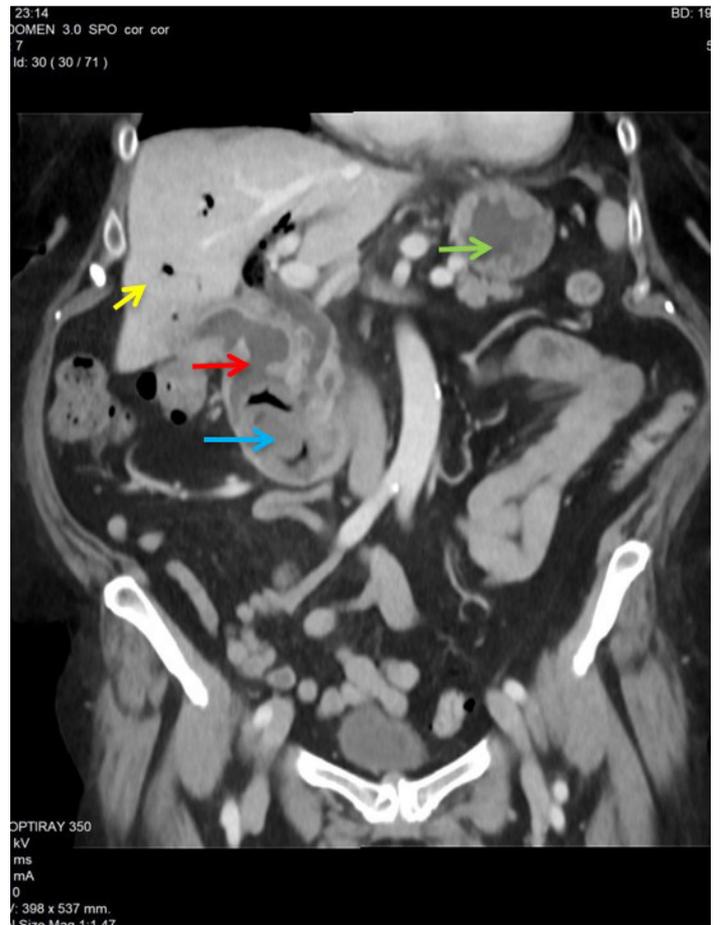


Fig. 2. TC abdominal corte coronal: aerobilia (flecha amarilla), litiasis duodenal (flecha azul), distensión gástrica (flecha verde); Triada de Rigler y fistula bilio digestiva (flecha roja)

Diagnóstico por imagen

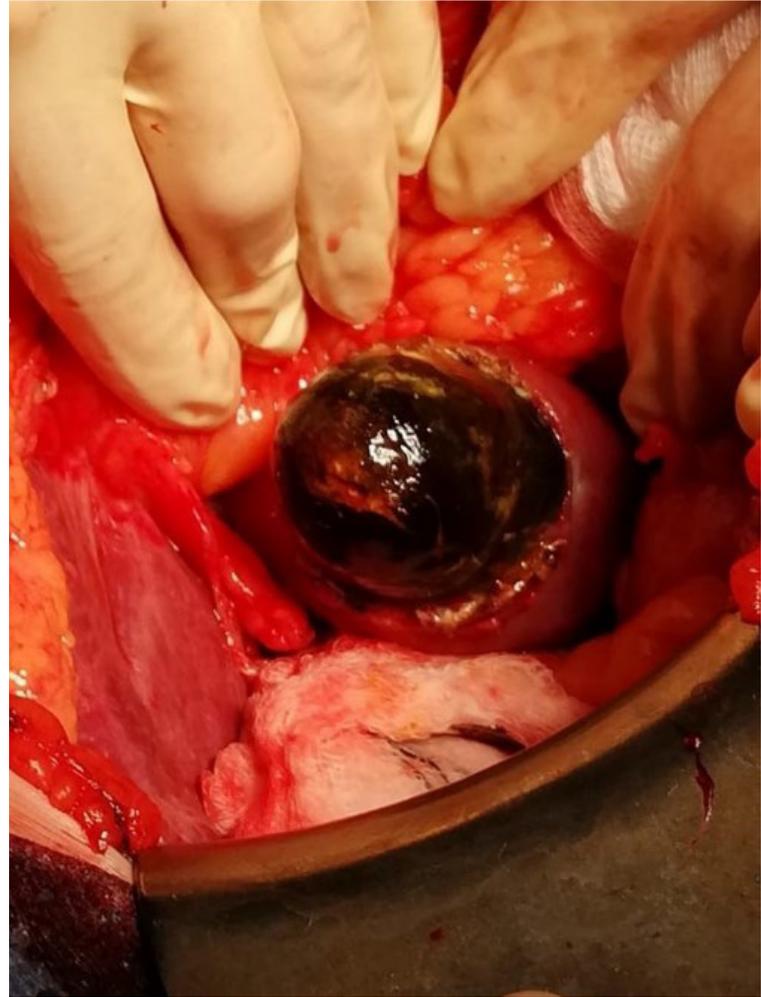


Fig. 3. enterotomía duodenal con extracción de litiasis de 5 cms.

cuente de la colecistitis y constituye una causa rara de obstrucción intestinal. Se produce en el seno de colecistitis crónica cuando la litiasis impactada erosiona el duodeno adyacente, produciendo una fístula colecistoentérica, aunque también puede ocasionar una fístula colecistogástrica o colecistocolónica. Aproximadamente el 70% de las litiasis impactan en el íleon, por ser el segmento más estrecho del intestino, siguiendo por orden de frecuencia el yeyuno y el estómago.

Los síntomas del íleo biliar dependen del lugar de impactación de la litiasis, siendo los más frecuentes náuseas, vómitos y dolor epigástrico.

La Triada de Rigler (distensión intestinal, litiasis ectópica y aerobilia) se presenta sólo en 4-35% de los casos. De hecho sólo en el 10% de los casos la litiasis es cálcica y puede observarse en la radiografía.

La prueba estándar para el diagnóstico

es el TC, pues permite identificar los tres signos además de visualizar la fístula biliodigestiva.

El diagnóstico temprano se hace sólo en el 35% de los casos, y su retraso supone mayor morbimortalidad.

El tratamiento quirúrgico es imperativo, y puede consistir en simple enterectomía con extracción de la litiasis, asociado con colecistectomía y reparación de la fístula (que puede hacerse en una misma intervención o en un segundo tiempo). La simple enterolitotomía es el acto quirúrgico más sencillo, aunque puede producir complicaciones como íleo biliar recurrente, colecistitis crónica, colangitis o colangiocarcinoma. La cirugía radical es resolutive, pero implica mayor tiempo quirúrgico, y por tanto, mayor morbimortalidad, con mayor riesgo de fístula biliar, principalmente en pacientes de edad avanzada; es por ello que el tratamiento debe ser personalizado, en función del estado general del paciente.

Diagnóstico por imagen

BIBLIOGRAFÍA

1. Stagnitti F et al. Biliodigestive fistulae and gallstone ileus: diagnostic and therapeutic considerations. Our experience. *G Chir* 2014;35(9/10): 235-238.
2. Requena López AA, Mata Samperio BK, Solis Almanza F, Casillas Vargas R, Cuadra Reyes LA. Comparison between surgical techniques in gallstone ileus and outcomes. *Cir cir* 2020; 88(83): 292-296.
3. Bakhshi G et al. Gallstone ileus: dilemma in the management. *Clinics and Practice* 2017; 7(977): 117-119.
4. Nguyen BH et al. Duodenal Obstruction Due to Giant Gallstone: A Case Report. *International Medical Case Reports Journal* 2020; 13: 651-656.