

OBSTRUCCIÓN INTESTINAL SECUNDARIA A IMPACTACIÓN DE CÁLCULO BILIAR EN COLON SIGMOIDE

Dr. David Galindo-Rodríguez¹ / Dra. Marta de Castro Martínez²

¹ Servicio de Medicina Interna. Hospital General Obispo Polanco. Teruel

² Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid

RESUMEN

La obstrucción intestinal por colelitiasis es un trastorno poco común, pero potencialmente letal, que afecta de manera desproporcionada a mujeres de edad avanzada. El diagnóstico se basa en una anamnesis y exploración física meticulosas y se confirma mediante estudios de imagen, en particular si se observa la tríada de Rigler en una tomografía computarizada abdominal. Aunque el tratamiento es principalmente quirúrgico, se describe un caso clínico inusual tanto por su abordaje endoscópico como por la ubicación de la impactación del cálculo biliar.

PALABRAS CLAVE

cálculo biliar, obstrucción intestinal, terapéutica endoscópica

ABSTRACT

Intestinal obstruction caused by cholelithiasis is a rare but potentially lethal disorder that disproportionately affects elderly women. Syndromic diagnosis is based on meticulous anamnesis and physical examination, but is confirmed through imaging studies, especially if Rigler's triad is observed in an abdominal computed tomography scan. While treatment is primarily surgical, an unusual clinical case is described, notable for both its endoscopic approach and the atypical location of the impacted gallstone.

KEYWORDS

Gallstones, Intestinal Obstruction, Colonoscopic Surgical Procedures

INTRODUCCIÓN

La obstrucción intestinal secundaria a la impactación endoluminal de cálculos biliares representa entre el 1 y el 4% de todos los pacientes con obstrucción intestinal, siendo la impactación a nivel de sigma un evento raro dentro de dicho subgrupo de pacientes (4%)¹. El íleo biliar es una complicación inusual de la coledocitis, ya que ocurre en menos del 1% de los pacientes con coledocitis y generalmente surge a partir de una fístula entre la vesícula biliar inflamada y el intestino delgado². En el subgrupo de pacientes con impactación del cálculo a nivel del sigma, el mecanismo habitual es bien por la presencia de una fístula colecistocólica o bien por un cálculo que atraviesa la unión ileocólica³.

Los factores de riesgo para desarrollar esta entidad son la edad avanzada (edad media de presentación de 81,1 años), el sexo femenino (3,75:1) y la comorbilidad personal de diverticulosis y enfermedad cardiovascular establecida³. El diagnóstico se basa en la anamnesis y obtención de una detallada historia personal y se confirma con la triada de Rigler (obstrucción intestinal, cálculo biliar presente en la luz intestinal y neumobilia) en una radiografía de abdomen o, preferiblemente por su mayor sensibilidad y especificidad, en una tomografía abdominopélvica⁴.

CASO CLÍNICO

Mujer de 93 años con antecedentes relevantes de hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo 2, dislipemia, obesidad, fibrilación auricular, estenosis de sigma con 2 episodios registrados de suboclusión intestinal, adenocarcinoma de endometrio (radioterapia pélvica e histerectomía) y coledocitis sintomática con episodio de pancreatitis grave que posteriormente fue tratado con esfinterotomía mediante colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE). La paciente acude al servicio de urgencias por presentar dolor abdominal intermitente de 2 días de evolución, distensión abdominal y cese de deposiciones. Con la sospecha de obstrucción intestinal, se realiza una radiografía de abdomen que evidencia dilatación de asas intestinales con más de 3 niveles hidroaé-

reos. Se realiza una analítica que no presenta hallazgos de interés y una ecografía abdominal que evidencia coledocitis múltiple sin signos de colecistitis ni dilatación de vía biliar. Se inicia tratamiento conservador y se ingresa en sala de medicina interna.

A su llegada a planta, se realiza una tomografía computarizada abdominal ante los antecedentes reflejados de la paciente, confirmando la presencia de obstrucción abdominal secundaria a impactación de cálculo biliar a nivel de sigma. Se describe ectasia del colédoco y múltiples litiasis tanto en este como en la luz del intestino. Dada la comorbilidad y localización de la estenosis, se contacta con cirugía general y endoscopista de guardia, favoreciendo un manejo endoscópico. Durante la endoscopia terapéutica, se identifica una estenosis puntiforme a 30 cm del margen anal con impactación del cuerpo extraño visualizado en TC, que se extrae con pinza de biopsia. Posteriormente, se realiza una segunda colonoscopia en la que se consigue dilatar la estenosis de 4 cm de longitud del sigma, con buen resultado inmediato. Imagen 2. La evolución clínica de la paciente es satisfactoria, recuperando tránsito intestinal y siendo dada de alta al décimo día del ingreso hospitalario.

DISCUSIÓN

Este caso es ilustrativo de esta rara entidad, ya que la paciente presenta todos los factores de riesgo relacionados con el desarrollo de un íleo biliar (enfermedad cardiovascular, sexo femenino, edad avanzada, factores estenóticos locales). Un aspecto atípico del caso es la presencia de estenosis de la luz del sigma secundaria a isquemia crónica (enfermedad cardiovascular, radioterapia local) en lugar de episodios previos de diverticulitis como etiología estenosante de sigma, que es, con diferencia, la entidad más descrita en la literatura [3]. Además, no se pudo demostrar la presencia de una fístula colecistocólica mediante ecografía o TC, por lo que, si consideramos los antecedentes de esfinterotomía, es posible que el mecanismo de paso de la litiasis a la luz intestinal sea el paso del cálculo de la vía biliar a la papila de Vater.

Notas Clínicas

El manejo de esta entidad debe considerarse quirúrgico^{5,6}; sin embargo, existe una creciente experiencia en intentar primero un abordaje endoscópico de extracción del cálculo, como fue posible en nuestro caso. A menudo, la extracción endoscópica debe ser facilitada mediante la litotricia del cuerpo extraño, que en nuestro caso no fue necesario debido al pequeño tamaño del cálculo. Es importante destacar que nunca debe retrasarse el abordaje quirúrgico urgente en caso de fracaso endoscópico, ya que la mortalidad del proceso aumenta considerablemente si se demora la resolución de la obstrucción intestinal.



Fig. 1. Corte axial de TC abdomino-pélvico con contraste IV en el que se aprecia la presencia de un cálculo biliar impactado a nivel de sigma en contexto de una estenosis de la luz en dicha localización.



Fig. 2. Visión endoscópica de estenosis de sigma. Se aprecia mucosa post-estenótica con signos macroscópicos sugestivos de colitis isquémica.

Notas Clínicas

BIBLIOGRAFÍA

1. Reisner RM, Cohen JR. Gallstone ileus: a review of 1001 reported cases. *Am Surg* [Internet]. 1994;60(6):441–6. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8198337/>
2. Lassandro F, Romano S, Ragozzino A, Rossi G, Valente T, Ferrara I, et al. Role of helical CT in diagnosis of gallstone ileus and related conditions. *AJR Am J Roentgenol* [Internet]. 2005;185(5):1159–65. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16247126/>
3. Farkas N, Kaur V, Shanmuganandan A, Black J, Redon C, Frampton AE, et al. A systematic review of gallstone sigmoid ileus management. *Ann Med Surg (Lond)* [Internet]. 2018;27:32–9. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2049080118300098>
4. Lassandro F, Gagliardi N, Scuderi M, Pinto A, Gatta G, Mazzeo R. Gallstone ileus analysis of radiological findings in 27 patients. *Eur J Radiol* [Internet]. 2004;50(1):23–9. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15093232/>
5. Inukai K. Gallstone ileus: a review. *BMJ Open Gastroenterol* [Internet]. 2019;6(1):e000344. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31875141/>
6. Nuño-Guzmán CM, Marín-Contreras ME, Figueroa-Sánchez M, Corona JL. Gallstone ileus, clinical presentation, diagnostic and treatment approach. *World J Gastrointest Surg* [Internet]. 2016;8(1):65–76. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26843914/>