

## Íleo Biliar. Descripción de un caso. Experiencia institucional *Biliary Ileus: a case report. Institutional experience*

Gustavo Adolfo León Vizcaya<sup>1</sup>, Álvaro Santiago LeMarie<sup>2</sup>, Nereida Lisbeth Duarte Ropero<sup>3</sup>.

<sup>1</sup>Cirujano general. Director de áreas críticas Hospital Padre Carollo. Quito, Ecuador. <https://orcid.org/0000-0001-8891-0145> [peritenio@gmail.com](mailto:peritenio@gmail.com)

<sup>2</sup>Cirujano general. Hospital Padre Carollo. Quito, Ecuador. <https://orcid.org/0000-0001-7461-0782> [malejasil@hotmail.com](mailto:malejasil@hotmail.com)

<sup>3</sup>Gastroenterología y patología biliopancreática. Hospital Padre Carollo, Quito Ecuador. <https://orcid.org/0000-0001-9254-1653> [dranereidaduarte@gmail.com](mailto:dranereidaduarte@gmail.com)

### Resumen

El íleo biliar, es una causa poco frecuente, pero potencialmente severa, de oclusión intestinal. Representa del 1-3% de los casos de oclusión intestinal mecánica. En relación al caso se trata de paciente de la tercera edad quien acude a la consulta de urgencias por presentar signos sugestivos de obstrucción intestinal: distensión abdominal, ausencia de evacuaciones y flatus asociado a intenso dolor a nivel de la fosa iliaca derecha, eva 8/10, por tal razón se realiza estudios de imágenes (radiología de abdomen simple de pie) la cual reporta niveles hidroaereos y ausencia de gas a nivel de la ampolla rectal, paciente sometida a cirugía con el hallazgo de obstrucción intestinal a nivel de la válvula ileocecal un cálculo de aproximadamente 04 cm de diámetro, que obtura toda la luz enteral ileal. En la exploración del eje biliopancreático se aprecia un gran magma adherencial que en consideración del equipo interventor se decide manejo endoscópico ulterior, evolución post operatoria satisfactoria la paciente tolera dieta a las 6 horas del postquirúrgico y egresa a las 72 horas de manera satisfactoria.

**Palabras clave:** Íleo biliar, obstrucción intestinal, perforación de vesícula biliar, cálculo biliar, fistula colecisto-entérica

### Abstract

Gallstone ileus is a rare but potentially severe cause of intestinal obstruction. It represents 1-3% of the cases of mechanical intestinal occlusion. In relation to the case, it is an elderly patient who comes to the emergency room due to signs suggestive of intestinal obstruction: abdominal distention, absence of evacuations and flatus associated with intense pain at the level of the right iliac fossa, eva 8 / 10, for this reason imaging studies are performed (simple standing abdominal radiology) which reports air-fluid levels and absence of gas at the level of the rectal ampulla, a patient undergoing surgery with the finding of intestinal obstruction at the level of the ileocecal valve a stone approximately 04 cm in diameter, which blocks the entire ileal enteral lumen. In the exploration of the biliopancreatic axis, a large adherent magma is appreciated which, in consideration of the interventional team, decides on subsequent endoscopic management, satisfactory postoperative evolution, the patient tolerates diet 6 hours after surgery and is satisfactorily discharged 72 hours later.

**Keywords:** Biliary ileus, gallstone ileus, small bowel obstruction, cholecysto-enteric fistula

## Introducción

Según (Masannat, 2006), El íleo biliar corresponde a un tipo de obstrucción intestinal mecánica causada por la impactación de cálculos biliares dentro del tracto gastrointestinal como resultado de una comunicación anómala entre este y el sistema biliar obstrucción intestinal completa o incompleta, en pacientes generalmente de sexo femenino, aunque no exclusivamente, de edad avanzada y con antecedentes biliares. Según la estimación estadística de (Reisner RM, 1994), las fístulas bilio-digestivas más comunes son las colecistoduodenales (65-77%), le siguen las colecistocólicas (10-25%), y las colecistogástricas (5%), las coledocoduodenales son mucho menos frecuentes. El presente trabajo pretende realizar la descripción de un caso en paciente femenina de 92 años y el manejo institucional en dos tiempos, uno quirúrgico y ulteriormente manejo endoscópico.

## Reporte de caso

Paciente femenina de 92 años de edad, con antecedente quirúrgico de histerectomía abdominal a los 50 años por leiomiomatosis uterina, acude por presentar 3 días de evolución y sin causa aparente dolor abdominal tipo cólico, difuso, intenso, Escala Visual Análoga de dolor (EVA) 8/10 más náusea y vómito por 5 ocasiones líquido bilioso y fétido, al examen físico: presión arterial 140/67, saturación de oxígeno 70% al aire ambiente, mucosas orales secas, examen físico abdominal: distendido, ruidos hidroaéreos ausentes, a la percusión se aprecia timpanismo abdominal difuso, muy doloroso a la palpación profunda en todo el abdomen, sin signos de irritación peritoneal.

Laboratorio: datos resaltantes reportan hiperbilirrubinemia total: 6 mg/dl, Directa: 5 mg/dl, indirecta 1 mg/dl. Gamma glutamil transferasa: 617 mg/dl. Fosfatasa alcalina. 433 mg/dl.

Imágenes: Radiología simple de abdomen de pie: concluye dilatación de asas delgadas, edema interasas, niveles hidroaéreos y ausencia de gas en la ampolla rectal. (Fig.1). Ecografía: limitada por interposición gaseosa y panículo adiposo de la paciente, como hallazgo importante se evidencia vesícula biliar escleroatrófica, vía biliar dilatada 13 mm.

Tratamiento quirúrgico: abordaje a cielo abierto mediante laparotomía exploradora, se evidencia a 70 cm del ángulo duodeno yeyunal (Treitz), cálculo de origen biliar de 04 cm, por lo cual se realiza enterotomía para la extracción del lito biliar y enterorrafia por medio de estricturoplastia enteral (Amit Goyal, 2008) y (Naganuma M, 2015). Se realiza en un segundo tiempo la exploración visual y manual del eje hepatobiliar donde se evidencia un gran magma adherencial no complicado, por tal motivo y en consideración a las condiciones generales de la paciente se decide diferir para manejo endoscópico ulterior.

Tratamiento Endoscópico: El mismo se realiza mediante Colangiopancreatografía retrograda endoscópica en el cual se extraen litos de la vía biliar, previa realización de esfinterotomía con arco. La cual se justifica por la presunción (fuerte) de coledocolitiasis (ASGE Standards of Practice Committee, 2019).



Figura 1.  
Radiología Abdominal simple. Niveles hidroaéreos y ausencia de gas en ampolla rectal. En flecha blanca se evidencia niveles hidroaéreos en cuadrante superior derecho.



Figura 2.  
Enterolitotomía. Lito biliar de 4cm, a 70 cm del ángulo de Treitz.

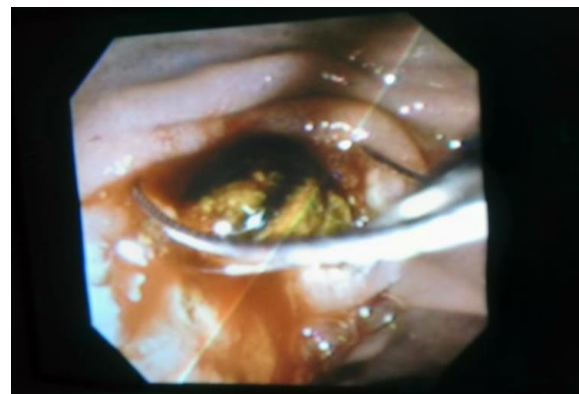


Figura 3.  
Procedimiento endoscópico. CPRE.

## Discusión

En relación al caso presentado y su correlación con las principales y más completas revisiones se aprecia que estadísticamente hay un comportamiento bastante similar, entre lo cual podemos nombrar los criterios clínicos establecidos en la publicación de (M. Beuran, 2010), donde se hace referencia a la triada de Mordor: antecedente de cálculos biliares, signos de colecistitis aguda y signos clínicos de obstrucción intestinal. Sin embargo, se puede comentar que la paciente no se encontraban signos de colecistitis, aunque si hubo referencia en los antecedentes de cólicos biliares a repetición, quedando como clínica predominante los signos clínicos de obstrucción intestinal.

El íleo biliar está presente en el 1 al 3% de las obstrucciones mecánicas del intestino delgado. El sitio más frecuente de obstrucción es el íleon por su reducido calibre y débil peristaltismo. Se han descrito otras localizaciones tal como el duodeno (3-5%), conocido también como el síndrome de Bouveret, yeyuno (15-31%) y colon (5-8%) de los casos. La tasa de morbimortalidad se encuentra alrededor del 12-20%, debido a la edad mayor de los pacientes, a las patologías asociadas (usualmente severas), al ingreso hospitalario tardío, y al tratamiento

terapéutico retrasado. El íleo biliar representa el 0.3-0.5% de las complicaciones de la enfermedad de la vesícula biliar, indicando 30-35 casos por cada millón de hospitalizaciones (Alexiou K, 2014). Es más prevalente 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 (Martín Pérez J, 2013).

La descripción se alinea con mucha similitud a la descripción de nuestra experiencia clínica de íleo biliar, sin embargo, la paciente no reporto antecedentes de comorbilidades que condicionaran un riesgo adicional de complicaciones y tampoco hubo evidencia en los estudios y valoraciones prequirúrgicas al respecto.

En relación a los hallazgos imagenológicos se realizó radiología simple de abdomen y ecografía, la primera coincide con un criterio diagnóstico de tres descritos por (M. Beuran, 2010), (J.W. Chou, 13 (2007)) y (J.I. Rodríguez-Hermosa, 24 (2001)) "la tríada de Rigler y consiste de la presencia de cálculos radiopacos (presentándose en menos del 10% de los casos), neumobilia (signo de Gotta-Mentschler), y distensión de las asas intestinales, la presencia de dos de los 3 signos establece el diagnóstico", sin embargo en el caso presentado solo se contó con un elemento diagnóstico que lo representó la dilatación de asas delgadas, se describe por otro lado, Balthazar y Schechter describen un quinto signo radiológico que implica la presencia de varios niveles de líquidos adyacentes al cuadrante superior derecho, lo cual coincide con la radiología realizada en el caso expuesto. La ecografía establece que existe dilatación de vías biliares extrahepática, sin evidenciar la presencia del litos dentro de la vía biliar, pero es de hacer notar que según (M. Beuran, 2010), la ecografía abdominal en el contexto de una obstrucción intestinal por íleo biliar no es de gran aporte.

Reisner (1994) y Kirchmayr (2005), Compararon la mortalidad en pacientes sometidos a un procedimiento de enterolitotomía y en pacientes que tuvieron cirugía en un solo tiempo, esta última conceptualizada como el acto quirúrgico que contempla una técnica biliar particular (colecistectomía o colecistostomía), con cierre de fístula y enterolitotomía.

Los resultados mostraron que la enterolitotomía tuvo una tasa de mortalidad de 11.7 vs. 16.9% para los pacientes de la cirugía en un solo tiempo, por lo tanto, los autores concluyeron que la enterolitotomía era la técnica de elección. (J.C. Rodríguez-Sanjuán, 1997) describen que mediante la enterotomía simple existe un riesgo de que el paciente presente un carcinoma de vesícula biliar o recurrencia litiasica, y, aunque efectivamente se reporta mayor morbilidad con la cirugía en un solo tiempo, no existen variaciones significativamente estadísticas en la mortalidad y adicionalmente los pacientes con bajo riesgo quirúrgico pueden verse beneficiados con esta técnica.

En consideración a la experiencia del grupo investigador la mayoría de los pacientes son gerontes comórbidos que podrían potenciar la aparición de complicaciones post operatorias en el caso de una cirugía prolongada, es por ello que adoptamos los procedimientos endoscópicos como un mecanismo aceptable para la documentación y manejo terapéutico de la vía biliar en caso de litiasis y adicionalmente mediante las imágenes se confirmó que la vesícula biliar era de características escleroatrófica lo cual se considera de muy bajo riesgo para la recurrencia litiasica y la aparición de cáncer de vesícula biliar.

### Conclusiones

El íleo biliar es una condición clínica poco frecuente, pero oferta serias complicaciones de no ser correctamente diagnosticada y el manejo quirúrgico no realizarse de manera precoz, la técnica quirúrgica más idónea en el contexto de la edad y comorbilidades del paciente es la Enterolitotomía y la reparación mediante estricturoplastia, si el centro cuenta con manejo endoscópico biliar oferta grandes beneficios en el manejo de coledocolitiasis si cursa concomitantemente con el íleo biliar.

### Conflicto de intereses

Los autores declaran no poseer conflicto de intereses.

### Consentimiento Informado

Autorizado y firmado por paciente

### Financiamiento

Fondos propios de los autores

### Contribuciones de los autores

Los autores contribuyen de forma similar para la elaboración del artículo

### Referencias

- Alexiou K, I. A.-r. (2014). Gallstone ileus: a case report and our clinic's experience. *Surgical Science*, 5:10-4.
- Amit Goyal, A. S. (2008). Gallstone ileus following endoscopic retrograde cholangiopancreatography and sphincterotomy: a case report. *Journal of Medical Case Reports*, 2/1/342.
- ASGE Standards of Practice Committee, Maple JT, Ben- Menachem T, Anderson MA, Appalaneni V, Banerjee S, et al. (2019). The role of endoscopy in the evaluation of suspected choledocholithiasis. *Gastrointest Endosc.*, 71(1):1-9.
- J.C. Rodríguez-Sanjuán, F. C. (1997). Cholecystectomy and fistula closure versus enterolithotomy alone in gallstone ileus. *Br J Surg*, pp. 634-637.
- J.I. Rodríguez-Hermosa, A. C.-C.-V. ( 24 (2001)). Íleo biliar: resultados del análisis de una serie de 40 casos. *Gastroenterol Hepatol.*, pp. 489-494.
- J.W. Chou, C. H. ( 13 (2007)). Gallstone ileus: Report of two cases and review of the literature. *World J Gastroenterol.*, pp. 1295-1298.
- M. Beuran, I. I. ( 2010). Gallstone ileus-clinical and therapeutic aspects. *J Med Life*, pp. 365-371.
- Martín Pérez J, D. P.-P.-R.-H. (2013). Gallstone ileus as a cause of acute abdomen. Importance of early diagnosis for surgical treatment. *Cir Esp*, 91:485-9.
- Masannat Y, M. Y. (2006). Gallstone ileus: A review. *Mt Sinai J Med*, 73 (8): 1132-4.
- Naganuma M, H. N. (2015). Recent trends in diagnostic techniques for inflammatory bowel disease. *Korean J Intern Med* , 30:271-278.
- R.M. Reisner, J. C. (1994). Gallstone ileus: A review of 1001 reported cases. *The American Surgeon*, pp. 441-446.
- Reisner RM, C. J. (1994). Gallstone Ileus: A review of 1001 reported cases. *Am Surg* 1, 60: 441-6.

W. Kirchmayr, G. M. (75 (2005)). Gallstone ileus: rare and still controversial. *ANZ J Surg.*,  
pp. 234-238.