

Obstrucción intestinal secundaria a íleo biliar

Dr. Tadashi Hiroswawa-Oishi,* Dra. Claudia Verónica Rosas-Salas,** Dr. Yuki Yoshi Kimura-Fujikami,***
Dr. Carlos Velasco-Ospina***

*Servicio de Cirugía y Endoscopia. Hospital Santa Fe. México, D.F. **Residente de Radiología e Imagen, Clínica Londres, México, D.F. ***Servicio de Radiología General. Departamento de Imagenología. Hospital Santa Fe, México, D.F.

Correspondencia: Dr. Tadashi Hiroswawa Oishi, Querétaro No. 154, Consultorio 306, Col. Roma, Delegación Cuauhtémoc, C.P. 06700. México, D.F., Teléfono 5574-1011 Ext. 2052, Fax 5584-0074, E-mail: hiroswawa4@latinmail.com

Recibido para publicación: 14 de diciembre de 2000.

Aceptado para publicación: 12 de junio de 2001.

RESUMEN Objetivo: discutir las implicaciones diagnósticas y terapéuticas del íleo biliar, e informar los hallazgos de un paciente atendido en nuestra Institución por obstrucción intestinal secundaria al íleo biliar. Informe de caso y revisión de la literatura. **Informe:** paciente masculino de 63 años de edad con diagnóstico de obstrucción intestinal secundaria a íleo biliar. Se realizaron estudios de gabinete tales como panendoscopia, serie esofagogastroduodenal y tránsito intestinal sin llegar al diagnóstico definitivo, por lo que el paciente fue sometido a laparotomía exploradora en la que se encontró como hallazgo un lito gigante en yeyuno. **Tratamiento:** enterotomía, extracción de lito y enterorrafia. **Comentario:** la obstrucción intestinal secundaria a íleo biliar es una entidad de difícil diagnóstico. Los estudios de apoyo diagnóstico suelen tener baja sensibilidad porque se consideran otras entidades patológicas causantes del problema obstructivo antes que el íleo biliar.

Palabras clave: íleo biliar, obstrucción intestinal, fístula colecistoduodenal.

SUMMARY Objective: To discuss diagnostic and therapeutic implications of gallstone ileus and to report the case of a patient seen at our Hospital due to an intestinal obstruction secondary to gallstone ileus. **Report:** A 63 years old male with intestinal obstruction secondary to gallstone ileus. Several studies were performed, such as panendoscopy, upper gastrointestinal series, and intestinal transit with poor results preventing a definitive diagnosis. For this reason, the patient underwent an exploratory laparotomy, which showed in this a giant gallstone in a giant jejunum. **Treatment:** Enterotomy, gallstone extraction, and enterorraphy. **Comment:** The intestinal obstruction secondary to gallstone ileus is a clinical entity of difficult diagnosis. Accompanying studies usually have low sensibility because other pathologic entities are considered prior to thinking of ileus gallstone.

Key words: Gallstone ileus, intestinal obstruction, cholecystoduodenal fistule.

INTRODUCCIÓN

El síndrome obstructivo puede ser causado por problemas intrínseco, extrínseco, congénito e intraluminal.^{1,2} En este último apartado se encuentra el íleo biliar, enfermedad poco común en el medio y que produce sólo 1 a 3% de las obstrucciones no estranguladas de intestino delgado en pacientes menores de 65 años; y que aumenta hasta 25% en pacientes mayores de esta edad. Es una entidad clínica diagnosticada ocasionalmente que conlleva un margen significativo de complicaciones y mortalidad que oscila entre 12 y 27% en algunas series.³ Lo anterior es reflejo de la edad avanzada de los pacientes, las condiciones clínicas, así como de la alta incidencia

de enfermedades concomitantes como la diabetes mellitus, hipertensión arterial, problemas cardiovasculares y obesidad.⁴ Otros factores que también contribuyen a agravar el pronóstico de estos pacientes, es el grado de deshidratación e hipovolemia con que ingresan al quirófano y es la propia cirugía otro factor de morbimortalidad importante.¹

El apoyo diagnóstico de laboratorio y de los estudios de gabinete ayudan a reconocer este problema. Clásicamente la placa simple de abdomen ha sido el método inicial de estudio en estos pacientes, pero se pueden considerar otros tales como el tránsito intestinal, la serie gastroduodenal, la tomografía computada y el ultrasonido, cuando la sospecha diagnóstica exista y el paciente lo amerite.

La mayoría de los pacientes es sometida a cirugía para extraer el lito biliar, aunque en algunos casos la sola realización de la panendoscopia puede ser suficiente para la resolución del problema. El manejo de la fístula biliar y la colecistectomía durante la cirugía o en un segundo tiempo quirúrgico tiende a ser controvertida en múltiples series, pero el procedimiento a elegir depende de las condiciones clínicas de cada paciente.

El propósito del presente es informar los hallazgos encontrados en un paciente con este problema, así como analizar y discutir las implicaciones diagnósticas y terapéuticas del íleo biliar.

RESUMEN CLÍNICO

Paciente masculino de 63 años de edad, portador de hipertensión arterial sistémica de ocho años de evolución controlada con metoprolol. Antecedentes quirúrgicos de amigdalectomía a los cuatro años y hernioplastia inguinal a los 53 años.

Seis meses antes de su ingreso inició con dolor tipo cólico localizado en el cuadrante superior izquierdo de abdomen, el cual no se relacionaba con otros síntomas acompañantes, ni exacerbaciones o mejoría.

El dolor se mantuvo sin cambios por dos meses hasta que aumentó de intensidad y se acompañó de náusea sin llegar al vómito y evacuaciones pastosas color café. Con la sospecha de gastroenteritis, fue manejado con múltiples esquemas de antibioticoterapia, los cuales indujeron mejoría transitoria, pero con recaídas al suspender el tratamiento. Se realizó ultrasonido de hígado y vías biliares encontrándose colecistitis crónica litiásica agudizada sin dilatación de la vía biliar intra y extrahepática, que se manejó conservadoramente. Dos meses previos a su ingreso se agregó hiporexia y aumento de náuseas y pérdida ponderal de aproximadamente 10 kg de peso. Una semana antes de su ingreso presentó vómito ocasional que inicialmente fue de contenido alimenticio y que posteriormente se exacerbó hasta hacerse incohercible y de contenido fecaloide, así como dificultad para canalizar gases. El paciente no presentó fiebre u otra sintomatología.

En la exploración física se encontraron los signos vitales dentro de parámetros normales, mal estado de hidratación, ruidos cardiacos arrítmicos y los campos pulmonares con hipoventilación. El abdomen era blando, depresible, con mínimo dolor a la palpación en el cuadrante superior izquierdo con signo de Murphy negativo, sin signo de rebote y con peristalsis disminuida.

Los exámenes de laboratorio demostraron hemoconcentración con hemoglobina de 18.7 g/dL y hematocrito

de 58.2% y leucocitosis de 13,100 a expensas de polimorfonucleares. Los electrolitos fueron: sodio de 136 mEq/L, potasio de 3.9 mEq/L y cloro de 97 mEq/L. La química sanguínea con BUN 27, urea 59, ácido úrico de 7 y creatinina de 2.1; mientras que en las pruebas de función hepática sólo destacaba la elevación de la fosfatasa alcalina a 412.9.

Se consideró que se trataba de úlcera duodenal penetrada, por lo que se decidió realizar panendoscopia, misma que mostró gran distensión gástrica, residuo alimentario e imagen sugestiva de úlcera duodenal penetrada en la primera porción de éste (*Figura 1*), de la cual se tomaron biopsias. Para corroborar estos hallazgos se obtuvo una radiografía simple de abdomen en decúbito, serie esofagogastroduodenal y tránsito intestinal. La radiografía simple del abdomen demostró signos de oclusión intestinal. La serie esofagogastroduodenal y el tránsito mostró signos de presbiesófago, distensión gástrica con datos de gastritis, imágenes compatibles con divertículos duodenales, además de una imagen cercana a uno de ellos, en la cual se depositó bario y que parecía corresponder a una fístula bilioduodenal (*Figura 2*) y se corroboró la obstrucción intestinal a nivel de yeyuno (*Figura 3*).

Con el diagnóstico de obstrucción intestinal y colecistitis el paciente fue sometido a laparotomía exploradora, siendo el hallazgo cardinal un lito gigante a unos



Figura 1. Panendoscopia a nivel de la primera porción del duodeno en su cara superior en la que se observa imagen sugestiva de úlcera duodenal penetrada, sin embargo, fue fístula colecistoduodenal.



Figura 2. Radiografía obtenida durante la serie esofagogastroduodenal en la que se muestra duodeno distendido y dilatado en todo su trayecto, así como del intestino proximal con mucosa aparentemente conservada. En la segunda porción del duodeno se observan al menos tres imágenes saculares de bordes nítidos y regulares con depósito de bario que sugieren divertículos. Sobre la imagen sacular superior a nivel paravertebral izquierdo del disco T11-T12 se proyecta otro depósito de bario pequeño e irregular que se continúa con una imagen lineal hacia uno de los divertículos y que parece sugerir fístula bilioduodenal.

120 cm del ligamento de Treitz. Se realizó enterotomía, extracción de lito, revisión de asas intestinales y enterografía. No se identificó trayecto fistuloso y tampoco se realizó colecistectomía.

El lito encontrado tenía forma cilíndrica con dimensiones de 56 x 25 milímetros en sus diámetros mayores y con componentes mixtos de colesterol y bilirrubinas (Figura 4). Las biopsias mostraron aplanamiento de vellosidades intestinales.

La evolución del paciente fue satisfactoria y se reinició la vía oral a los cinco días. Fue egresado del Hospital siete días después de la cirugía en condiciones estables.

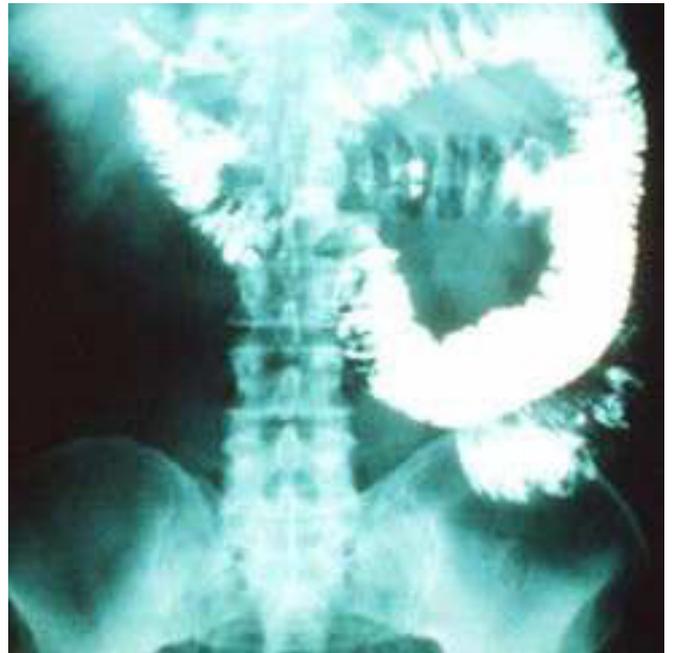


Figura 3. Radiografía panorámica del tránsito intestinal baritado que demuestra floculación del medio de contraste, así como dilatación de las asas yeyunales proximales y con mucosa aparentemente normal. No se identifica fuga del medio o sufrimiento de asas intestinales. Aproximadamente a 120 cm del ligamento de Treitz hay amputación brusca y regular al paso del bario. Nótese la presencia de aire distal a nivel del ampulla rectal.



Figura 4. Cálculo biliar de aproximadamente 56 x 25 x 30 milímetros en sus diámetros mayores que se encontró a aproximadamente 120 cm del ligamento de Treitz durante la cirugía. Presenta componentes mixtos de bilirrubinas y colesterol.

DISCUSIÓN

El íleo biliar es una enfermedad que se presenta en pacientes de edad avanzada. Muchas series informan un promedio de edad entre los 65 y 75 años aunque el promedio de todas ellas es de 72 años.⁴ La enfermedad ocu-

re con mayor frecuencia en mujeres, en una proporción de 3.5:1, porque se sabe que las enfermedades de la vía biliar ocurren con más frecuencia en este grupo, pero no hay estudios que lo respalden.⁴

La presentación clínica del íleo biliar es específica y más de la tercera parte de los pacientes no cuentan con historia de síntomas biliares. La obstrucción intestinal mecánica con dolor abdominal y vómito es la presentación clínica más común,³ pero ésta suele ser insidiosa por el llamado fenómeno de "tumbling" en el que el lito que obstruye continuamente migra, liberando parcialmente la luz intestinal para posteriormente impactarse distalmente y obstruir nuevamente el intestino.⁵ Los estudios de laboratorio demuestran en ocasiones leucocitosis leve, desequilibrio hidroelectrolítico y signos de deshidratación; con pruebas de función hepática alteradas en un tercio de los pacientes.⁴ La radiografía simple de abdomen se considera la herramienta básica para el diagnóstico y frecuentemente demuestra un patrón no específico de obstrucción intestinal. En 1941 Rigler publicó las manifestaciones radiográficas del íleo biliar que incluyen aire o medio de contraste en el árbol biliar, visualización directa del lito o indirecta por medio de contraste que lo rodea, evidencia de obstrucción intestinal completa o parcial y cambio en la posición de un lito observado en placas previas. La presencia de dos de los tres primeros signos es patognomónica de íleo biliar, pero sólo se encuentra en 40 a 50% de los casos.⁵ Los tres primeros se observan en tan sólo 15% de los casos.

El hallazgo más frecuente encontrado es la obstrucción intestinal en 70%, seguido de la neumobilia en 54%, con lito de localización anormal en 35% y el cuarto signo sólo se demuestra en menos de 10% de los casos.⁵ La presencia de la neumobilia implica la permeabilidad del conducto cístico o una fístula que compromete el conducto biliar común. En la mayoría de los pacientes, la obstrucción del conducto cístico es el evento fisiopatológico que causa la colecistitis y eventualmente produce una fístula bilioentérica. Lo anterior explica el porqué de la ausencia frecuente de aire en la vía biliar.

Observar el lito biliar es frecuentemente difícil debido a la superposición de gas, estructuras óseas y porque la mayoría de éstos son radiolúcidos.³

El sitio principal de obstrucción por el lito es el intestino medio y bajo. En el íleon se identifican en 60%, seguido por el yeyuno con 16%, estómago con 14%, colon 4%, duodeno 3% y sólo pasan espontáneamente sin causar obstrucción el 1% de cálculos menores a 2.5 mm.⁴ Sin embargo, litos menores de esta dimensión han provocado impac-

tación fecal y aquellos mayores de 5 cm han sido expulsados espontáneamente. El hallazgo de litos facetados o cilíndricos puede indicar la presencia de litos adicionales.³

La localización de la fístula en 68% de los casos fue bilioduodenal, otro 5% fue biliocutánea y en 27% de todos no se encontró según el estudio hecho por Clavien,³ pero en otro realizado por Oikarinen,⁶ de sus 16 pacientes estudiados, 10 desarrollaron fístula espontánea bilioduodenal⁹ y uno biliocutánea; mientras que los otros cinco pacientes se manifestaron como íleo biliar y uno sólo como Síndrome de Bouvert's.

El tratamiento quirúrgico es la terapia de elección, un tiempo quirúrgico que involucra una colecistectomía y reparación de la fístula tiene mortalidad de 16.9%, mientras que una simple enterolitotomía tiene mortalidad de 11.7%.⁴ La incidencia de complicaciones biliares después de una simple enterolitotomía puede incrementarse,³ mientras que la recurrencia es de 4.7%.⁴

Debido a la alta morbimortalidad, procedimientos alternos a la cirugía han sido tomados en cuenta, pero esto depende del sitio de la obstrucción. Si el lito es desplazado hacia el estómago, la extracción endoscópica puede realizarse. Litos impactados en el colon pueden ser removidos con litotripsia o colonoscopia utilizando una canastilla.⁵

Este caso sustenta lo difícil que puede llegar a ser el diagnóstico de íleo biliar, y demuestra además los hallazgos radiológicos que pueden encontrarse en ellos como ha sido descrito y publicado en la literatura.⁷ Ejemplifica, además, la evolución que ha tenido el paciente con la terapia quirúrgica que recibió. Debido a las condiciones quirúrgicas propicias, el paciente fue sometido a laparotomía exploradora. No hubiera sido posible extraer el lito por vía endoscópica o utilizar métodos como la litotripsia, debido a la ubicación del mismo, a pesar de que se contara con el diagnóstico.

REFERENCIAS

1. Pedrosa SC, Casanova R. Pedrosa diagnóstico por imagen. Tratado de radiología clínica, Vol. II. 2nd ed. Madrid, Spain: McGraw-Hill Interamericana; 2000. p. 269-83.
2. Taveras JM, Ferrucci JT. Radiology: Diagnosis, imaging intervention. 3rd ed. USA. Lippincot-Williams and Wilkins; 2000: p.3-4.
3. Clavien A, Richon J, Burgan S, Roher A. Gallstone ileus. *Br J Surg* 1990; 77: 737-42.
4. Russell M, Cohen J. Gallstone ileus: A review of 1001 reported cases. *Am Surg* 1994; 87: 441-6.
5. Lübbers H, Mahlke R, Lankish G. Gallstone ileus: Endoscopic removal of a gallstone obstructing the upper jejunum: Case report. *J Internal Med* 1999; 246: 593-7.
6. Oikarinen H, Paivansalo M, Tikkakoski T. Radiological findings in biliary fistula and gallstone ileus. *Acta Radiol* 1996; 37: 917-22.
7. Eagle K. Images in clinical medicine: Gallstone ileus. *N Eng J Med* 1996; 335: 942.