



REVISTA DE
GASTROENTEROLOGÍA
DE MÉXICO

www.elsevier.es/rgmx



COMUNICACIÓN BREVE

Íleo biliar, causa poco frecuente de obstrucción intestinal



A. García-Marín^{a,b,*}, M. Pérez-López^c, S. Pérez-Bru^a y A. Compañ-Rosique^{a,b}

^a Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo, Hospital Universitario San Juan de Alicante, Alicante, España

^b Departamento de Patología y Cirugía, Universidad Miguel Hernández, Elche, España

^c Enfermería, Hospital Universitario San Juan de Alicante, Alicante, España

Recibido el 7 de diciembre de 2013; aceptado el 29 de mayo de 2014

Disponible en Internet el 8 de septiembre de 2014

PALABRAS CLAVE

Colelitiasis;
Íleo;
Obstrucción
intestinal;
Fístula
colecistoduodenal

Resumen El íleo biliar, rara complicación de la colelitiasis, se caracteriza por la oclusión intestinal secundaria a la impactación de un lito biliar en algún punto del tracto digestivo debido a la existencia de una fístula bilioentérica. El objetivo del trabajo es analizar nuestra experiencia mediante un estudio retrospectivo durante un período de 12 años. Se incluyeron 14 casos (10 mujeres y 4 varones) con una mediana de edad de 81 años y comorbilidades en 11. La principal alteración analítica fue elevación de urea (mediana 79 mg/dl). El diagnóstico se confirmó mediante tomografía en 10 casos y radiografía simple de abdomen en 4. El cálculo se localizó en yeyuno en 6 casos, íleon en 6 y sigmoides en uno con un tamaño medio de 3 cm. La fístula fue colecistoduodenal en 11 casos, colecistocólica en uno e idiopática en uno. Fallecieron 2 pacientes, incluido el caso no operado.

© 2013 Asociación Mexicana de Gastroenterología. Publicado por Masson Doyma México S.A. Todos los derechos reservados.

KEYWORDS

Cholelithiasis;
Ileus;
Bowel obstruction;
Cholecystoduodenal
fistula

Gallstone ileus, an uncommon cause of bowel obstruction

Abstract Gallstone ileus is a rare complication of cholelithiasis. It is characterized by bowel obstruction secondary to gallstone impaction at some point of the gastrointestinal tract due to the existence of a bilioenteric fistula. The aim of this analysis was to evaluate our experience through a retrospective study, covering a 12-year period. It included 14 cases (10 women and 4 men) with a median age of 81 years; 11 of the patients had comorbidities. The main analytic alteration was an increase in urea (median 79 mg/dl). Diagnosis was confirmed through abdominal computed tomography in 10 cases and plain abdominal x-ray in 4. The stone was located in the jejunum in 6 cases, the ileum in 6, and the sigmoid colon in one; the mean stone size was 3 cm. There were 11 cases of cholecystoduodenal fistula, one case of cholecystocolonic

* Autor para correspondencia: Departamento de Patología y Cirugía. Facultad de Medicina. Universidad Miguel Hernández. Carretera Alicante-Valencia km 87. Código postal: 03550 San Juan de Alicante (España). Teléfono: +34 965919460.

Correo electrónico: agmarin1980@gmail.com (A. García-Marín).

fistula, and one idiopathic fistula. Two patients died, including the patient that did not undergo surgery.

© 2013 Asociación Mexicana de Gastroenterología. Published by Masson Doyma México S.A. All rights reserved.

Introducción

El íleo biliar, rara complicación de la coledocistitis, es una causa infrecuente de oclusión intestinal (1-3%; aunque puede llegar hasta un 25% de las oclusiones de intestino delgado en pacientes mayores de 65 años) causada por la impactación de un lito biliar en algún punto del tracto digestivo debido a la existencia de una fístula bilioentérica producida por múltiples procesos inflamatorios. Su diagnóstico se basa en la tríada de Rigler (oclusión intestinal, litiasis ectópica y aerobilia). Su tratamiento puede ser bien la enterotomía con/sin colecistectomía diferida bien la enterotomía, colecistectomía y cierre de la fístula^{1,2}.

El objetivo del estudio es analizar las características demográficas, clínicas y tratamiento, así como la morbilidad y mortalidad asociada a la litiasis biliar debido a que es una patología poco frecuente.

Métodos

Estudio retrospectivo de una serie de pacientes diagnosticados durante un período de 12 años (2001-2012) de íleo biliar en el Hospital Universitario San Juan de Alicante. Las variables cuantitativas fueron definidas por mediana y percentiles (25; 75) y las cualitativas por frecuencia y porcentaje.

Resultados

Durante este período se registraron 1,165 casos de oclusión intestinal, 14 (1.2%) fueron debidos a un íleo biliar, de los cuales 10 (71.4%) fueron mujeres y 4 (28.6%) varones, con una mediana de edad de 81 años (77; 88). Presentaron alguna comorbilidad 11 pacientes (78.5%) siendo las más frecuentes la hipertensión arterial (8 casos; 57.1%), diabetes mellitus (5 casos; 35.7%) y cardiopatía (5; 35.7%) con un índice de comorbilidad de Charlson de 1 (0; 1) y ajustado a la edad de 5 (3; 6). Su incidencia fue de 0.45 casos/100,000 habitantes/año, repartidos en los siguientes años: 2001-2004 (4 casos), 2005-2008 (4 casos), 2009-2012 (6 casos).

Al ingreso en el Servicio de Urgencias, los síntomas referidos por los pacientes fueron vómitos (14; 100%), dolor abdominal tipo cólico (12; 85.7%) y ausencia de tránsito gastrointestinal (5; 35.7%) con un tiempo de evolución de 2 días (1; 4). Tras la valoración inicial se solicitó una analítica de sangre cuyos resultados fueron: hemoglobina 14.8 g/dl (13.2; 16.1), hematocrito 44% (38.7; 48.1), leucocitos 12,100/mm³ (8,800; 18,600), neutrófilos 86.5% (80; 89), urea 79 mg/dl (58; 96) y creatinina 1.3 mg/dl (1; 2). El diagnóstico



Figura 1 Tomografía abdominal: mujer de 75 años de edad con cuadro de oclusión de intestino delgado secundario a litiasis ectópica (flecha).

se confirmó solo con radiografía de abdomen en 4 casos (28.6%) requiriendo la realización de tomografía abdominopélvica en 10 casos (71.4%). En la [figura 1](#) se muestra el ejemplo de un caso en el que el diagnóstico se estableció mediante tomografía abdominopélvica.

A todos se les realizó un tratamiento médico que consistió en dieta absoluta, solución glucosalina y sonda nasogástrica. La cirugía fue indicada en 13 casos desestimándose en uno de ellos por el equipo de anestesia y cirugía por su estado previo (edad avanzada y dependiente para actividades de la vida diaria) y mala situación clínica en el momento de la atención urgente. El cálculo se localizó en yeyuno (6 casos; 46.2%), íleon (6 casos; 46.2%) y sigmoides (un caso; 7.7%) con un tamaño de 3 cm (3; 4) realizándose una enterotomía/colotomía para su extracción y sutura primaria. La fístula fue colecistoduodenal en 11 casos (84.6%), colecistocólica al ángulo hepático en uno y desconocida en uno. Se presentaron complicaciones postoperatorias en 9 casos (69.2%), de tipo médico en 6 casos (46.2%), principalmente 4 casos de insuficiencia cardíaca y 2 de edema agudo pulmonar y 6 de tipo quirúrgico (46.2%), 5 infecciones de herida quirúrgica y una evisceración que no requirió reintervención. Tres pacientes presentan ambos tipos de complicaciones. La sobrevida fue de 12 pacientes y 2 fallecieron (14.3%), uno de ellos no intervenido, con una estancia hospitalaria de 11 días (8; 15). El tiempo de seguimiento en consulta fue de 6 meses (3; 8) no habiendo observado en ese tiempo recurrencia del íleo biliar ni reingreso por colangitis.

Discusión

El íleo biliar es una patología con baja incidencia; si bien, muchos autores plantean una mayor importancia debido al aumento progresivo de la edad poblacional; dicha tendencia, aunque en cifras muy pequeñas, hemos podido observarla con un discreto incremento en los últimos cuatro años². Es una entidad que aparece, al igual que en nuestra serie, con mayor frecuencia en mujeres de edad avanzada y con comorbilidad asociada¹⁻⁴.

El estándar de oro para su diagnóstico es la radiografía de abdomen mediante la tríada de Rigler la cual se observa en menos del 50% de los casos (en nuestra serie un 28.6%) lo que obliga a la realización de otras pruebas radiológicas como la ecografía o tomografía abdominal²⁻⁶. El correcto diagnóstico preoperatorio suele ser inferior al 75%; en nuestra serie, todos fueron diagnosticados preoperatoriamente debido al uso sistemático de la tomografía abdominal en los casos de oclusión sin causa aparente o de mala evolución con el manejo conservador con sonda nasogástrica.

La fístula bilioentérica puede ocurrir en cualquier punto pero lo más frecuente, al igual que en nuestra serie, es la colecistoduodenal. El lugar de impactación de la litiasis depende del tamaño de esta y del diámetro de la luz del tubo digestivo. Los sitios más frecuentes son el íleon terminal y la válvula ileocecal siendo más raros el yeyuno, duodeno (síndrome de Bouveret), estómago o colon. En nuestra serie, los lugares fueron íleon terminal, yeyuno y uno colónico no presentando casos en duodeno ni estómago¹⁻³.

El tratamiento es quirúrgico mediante una enterotomía bien sola con o sin colecistectomía diferida (cirugía en dos tiempos) bien asociada a colecistectomía y cierre de la fístula (cirugía en un tiempo). Dado que la mayoría de los pacientes son de alto riesgo, la mayoría de los autores defienden la primera opción para resolver el cuadro de oclusión intestinal por su menor morbilidad y mortalidad (12 frente al 17% en la cirugía en un tiempo) pese al teórico riesgo de recurrencia del cuadro (5%) o de colangitis ascendente por la fístula bilioentérica (10%)^{2,7-9}. En nuestra serie, a todos los pacientes (excepto uno al que se desestimó la intervención) se les realizó una enterotomía sola sin cierre de la fístula ni colecistectomía diferida con una mortalidad similar a lo publicado y con una morbilidad elevada. Algunos autores han comunicado la evacuación espontánea de los cálculos en un 5-7% de los pacientes; en nuestra serie, no tenemos experiencia puesto que todos fueron intervenidos salvo uno que no se operó y falleció a las pocas horas de ingreso en el hospital^{9,10}.

La principal limitación del estudio radica en su carácter retrospectivo y con un bajo tamaño muestral, lo que ocurre

en la mayoría de los estudios debido a la baja incidencia del íleo biliar.

En conclusión, el íleo biliar afectó principalmente a mujeres de edad avanzada y con comorbilidad asociada cuya causa principal fue la fístula colecistoduodenal y el lugar de obstrucción el íleon terminal y yeyuno. Su tratamiento fue quirúrgico (enterotomía con extracción del cálculo) presentando una elevada tasa de morbilidad debido probablemente a la población afectada. Los autores sugerimos la realización sistemática de una tomografía abdominal en los casos de oclusión intestinal sin causa aparente o de mala evolución con el tratamiento conservador con sonda nasogástrica para la realización de un correcto diagnóstico preoperatorio de esta patología.

Financiación

No se recibió patrocinio de ningún tipo para llevar a cabo este artículo.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Martínez-Ramos D, Daroca-José JM, Escrig-Sos J, et al. Íleo biliar: opciones terapéuticas y resultados en una serie de 40 casos. *Rev Esp Enferm Dig.* 2009;101:117-24.
2. Ayantunde AA, Agrawal A. Gallstone ileus: diagnosis and management. *World J Surg.* 2007;31:1292-7.
3. Reisner RM, Cohen JR. Gallstone ileus: a review of 1001 reported cases. *Am Surg.* 1994;60:441-6.
4. Pronio A, Piroli S, Caporilli D, et al. Recurrent gallstone ileus: case report and literature review. *G Chir.* 2013;34:35-7.
5. Rojas-Rojas DJ, Martínez-Ordaz JL, Romero-Hernández T. Biliary ileus: 10-year experience. Case series. *Cir Cir.* 2012;80:228-32.
6. Mondragón-Sánchez A, Berrones-Stringel G, Tort-Martínez A, et al. Surgical management of gallstone ileus: fourteen year experience. *Rev Gastroenterol Mex.* 2005;70:44-9.
7. Ravikumar R, Williams JG. The operative management of gallstone ileus. *Ann R Coll Surg Engl.* 2010;92:279-81.
8. Mallipeddi MK, Pappas TN, Shapiro ML, et al. Gallstone ileus: revisiting surgical outcomes using National Surgical Quality Improvement Program data. *J Surg Res.* 2013;184:84-8.
9. Nakao A, Okamoto Y, Sunami M, et al. The oldest patient with gallstone ileus: report of a case and review of 176 cases in Japan. *Kurume Med J.* 2008;55:29-33.
10. Hsu KF, Yu JC, Hsieh CB, et al. Gallstone ileus with spontaneous resolution. *Rev Esp Enferm Dig.* 2011;103:277-8.