

## ILEO BILIAR, REPORTE DE CASO CLÍNICO

Fecha de recepción:  
18 de abril de 2016

Fecha de aprobación:  
15 de enero 2017

Juan Josué Salamea A (1), Pablo Andrés Salamea A (2).

(1) Cirujano General

(2) Estudiante de Medicina, U. de Cuenca

Correspondencia: juansalamea@hotmail.com Teléfono: 0984184607

### RESUMEN

El Íleo biliar es la obstrucción intestinal mecánica secundaria al impacto intraluminal de un lito; considerada como una complicación de la colelitiasis que fistuliza al tubo digestivo, permitiendo la migración del lito, en ocasiones ocurre por paso natural a través de la vía biliar debido a alteraciones del esfínter de Oddi, sobre todo tras la ampliación quirúrgica del mismo.

Patología rara que se presenta más en ancianos, la mayoría de las series internacionales indican que el promedio de edad en la que se presenta es entre los 60 y 84 años.

Afecta principalmente al sexo femenino, con una relación hombre: mujer que va de 1:3 a 1:6, atribuyéndose a la mayor frecuencia de patología biliar en dicho sexo. Esta condición se precede de un cuadro de colecistitis aguda o crónica (75% de los casos).

### REPORTE DEL CASO

Se presenta el caso de un paciente masculino de 83 años, quien acude al servicio de emergencia por presentar dolor más distensión abdominal, náusea y vómito, al examen físico se puede observar un abdomen distendido, con ruidos hidroaéreos abolidos, timpánico a la percusión, doloroso a la palpación profunda. Se le realizan exámenes de laboratorio los cuales indican fórmula leucocitaria incrementada, PCR incrementado mínimamente sobre el límite superior, los exámenes de imagen específicamente la TAC nos indica la existencia de gas en vía biliar y una imagen hiperdensa a nivel de intestino delgado. Cuadro doloroso abdominal se exagera, persiste distensión abdominal y los ruidos hidroaéreos se mantienen abolidos por lo cual se proyecta una laparotomía exploratoria.

Palabras clave: Obstrucción intestinal, conductos biliares, laparotomía, tomografía, TAC, Hospital Vicente Corral Moscoso.

### ABSTRACT

Biliary ileus is the secondary mechanical intestinal obstruction to the intraluminal impact of a litho; it is considered as a complication of cholelithiasis that provokes a fistula in the digestive tract, allowing the migration of the stones. Sometimes occurs by natural passage through the biliary tract due to alterations of the sphincter of Oddi, especially after the surgical extension of the same.

It is a rare pathology that is more common in the elderly, the most international series report an average age between 60 and 84 years.

It mainly affects the female sex, with a male relation: female ratio ranging from 1: 3 to 1: 6, attributed to the higher frequency in that sex biliary disease. This condition is preceded by acute or chronic cholecystitis (75% of cases).

### CASE REPORT

It is a case of a man, he is 83-year-old and he goes to emergency service presenting pain and bloating, nausea and vomit, in the physical examination it was observed a distended abdomen with abolished bowel sounds, tympanic to percussion, painful to profuse palpation. Laboratory tests are performed and indicate an increased leukocyte count, CRP increased minimally over the upper limit, imaging examinations CT specifically indicates the existence of gas in bile duct and a hyper dense image at the level of the small intestine. The patient still presents pain, for this reason it is projected an exploratory laparotomy.

Keywords: Intestinal Obstruction, Bile Ducts, laparotomy, tomography, Vicente Corral Moscoso Hospital.

## INTRODUCCIÓN:

El íleo biliar es una patología poco común, rara complicación de la colelitiasis, que se comporta como una oclusión intestinal de tipo mecánico, causada por la impactación de cálculos biliares a nivel gastrointestinal causando a su vez la comunicación anómala entre el intestino y el sistema biliar (1,2). La incidencia a nivel mundial de esta patología es del 1-4 % presentándose junto a cuadros oclusivos (3), y de difícil diagnóstico prequirúrgico; cuadro clínico de presentación más común es la oclusión intestinal mecánica junto con distensión abdominal, dolor abdominal, vómito, constipación. El dolor abdominal, tipo cólico se presenta de manera intermitente, motivo por el cual los pacientes demoran entre tres a ocho días antes de acudir al servicio de emergencia (3,4), su presentación es insidiosa debido a la continua migración del lito; reapareciendo la sintomatología cuando hay obstrucción a nivel intestinal y cierta mejoría cuando avanza el lito a través de la luz intestinal (4). A menudo existe dolor a nivel de hipocondrio derecho, ictericia que es poco común, la cual se presenta solamente en el 15% de los pacientes (1,2). Otros pacientes presentan colecistitis aguda o colangitis junto con un cuadro de oclusión intestinal.

## CASO CLÍNICO:

Paciente de 83 años masculino, acude al servicio de emergencia por presentar dolor abdominal tipo cólico de 72 horas de evolución, con periodos de remisión exacerbación por lo cual se auto medica con aguas medicinales y analgésicos cuyo nombre no recuerda encontrando alivio temporal; al cuadro se suma distensión abdominal, náusea y vómito al no presentar mejoría es llevado al servicio de emergencia del HVCM.

### IMAGEN No. 1

RX ABDOMEN DE PIE



Presencia de niveles hidroaéreos y materia fecal a nivel de marco cólico.

## Antecedentes Patológicos Personales:

Paciente hipertenso controlado con Losartan 50 mg VO QD.

Hábitos: No refiere.

Antecedentes Patológicos Familiares: Hermana fallece hace 15 años con Ca gástrico.

## Examen Físico:

Apariencia General: regular; actividad psicomotora: disminuida; fascies: álgica; piel: normoelástica; cabeza: normocefálica, cabello entrecano de implantación normal; ojos: pupilas isocóricas normoreactivas; nariz: presencia de sonda nasogástrica con contenido bilioso; cuello: simétrico, no se palpan adenopatías; tórax: simétrico, elasticidad y expansibilidad conservadas, a la auscultación: R1 y R2 sincrónicos con el pulso, no se escuchan soplos. Abdomen: distendido; a la auscultación: RHA abolidos, tintineo metálico; timpánico a la percusión; presencia de peritonismo. RIG: genitales sin alteración, sonda vesical. Extremidades: tanto superiores como inferiores sin alteración, ENE: paciente vigíl, orientado en espacio y persona, fuerza muscular 5/5 y sensibilidad conservada en extremidades superiores e inferiores.

## Exámenes Complementarios:

Hemograma:

Recuento de Leucocitos:  $17.9 \times 10^3 \text{ uL}$

Neutrófilos: 87.2%

Bilirrubina total: 3.3 mg/dl

Bilirrubina directa: 0.9 mg/dl

Bilirrubina indirecta: 2.3 mg/dl

### IMAGEN No. 2

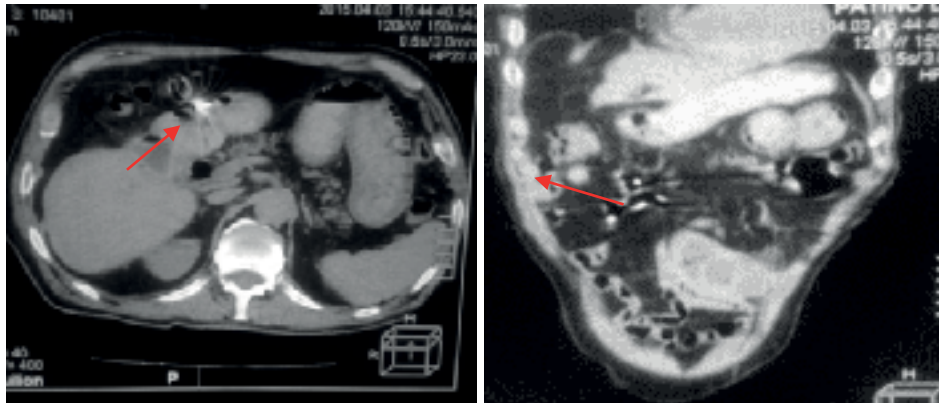
ECOGRAFIA ABDOMINAL



Reporte: normal.

### IMAGEN No. 3

#### TOMOGRAFIA DE ABDOMEN



Reporte: Aire a nivel de vía biliar, estructura hiperintensa a nivel de intestino delgado.

#### TRATAMIENTO:

Se revalora a paciente por parte de cirugía y anestesiología, además se valoran los exámenes complementarios y se decide que debe ser intervenido quirúrgicamente, se proyecta laparotomía exploratoria.

1. Se realiza exploración sistemática de la cavidad abdominal.
2. Se realiza devaneo de intestino delgado y grueso.
3. Se identifica masa dura dentro de la luz de intestino delgado a 50 cm del ángulo de Treitz.
4. Se observa fístula bilioentérica que comunica vía biliar con duodeno.

5. Se realiza enterotomía a 50 cm del ángulo de Treitz (imagen 4).

6. Se identifica lito de 5 x 4 cm de diámetro a nivel de la enterotomía.

7. Se realiza excéresis del lito (imagen 5,6).

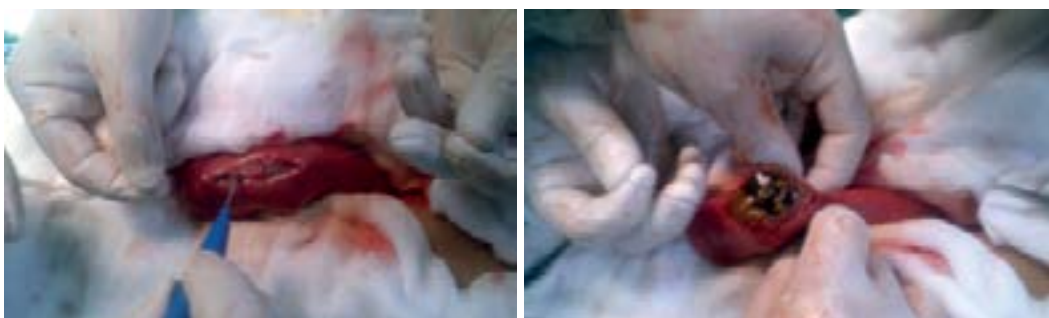
8. Cierre primario de intestino delgado en un solo plano.

9. Cierre de cavidad abdominal.

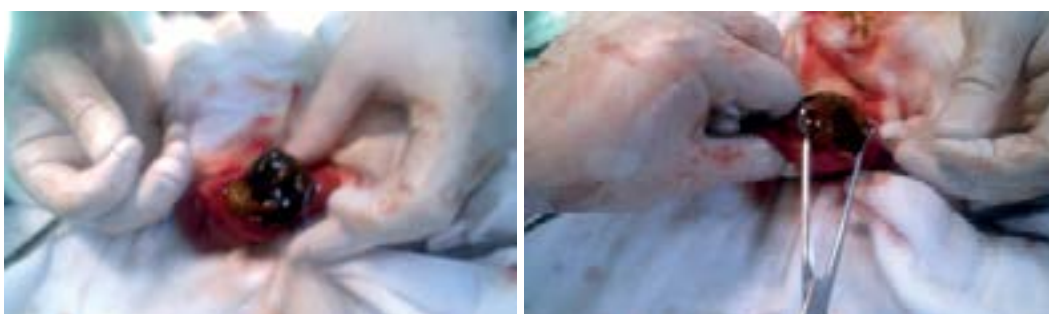
10. Pase a recuperación y posteriormente a sala general.

Paciente presenta evolución favorable y es dado de alta a las 72 horas.

### IMAGEN No. 4



### IMAGEN No. 5



## IMAGEN No. 6



### DISCUSIÓN:

Según el estudio de Mondragón – Berrones (5), esta patología rara que se presenta más en mujeres, lo cual está en contraposición con el caso presentado pues nuestro paciente fue varón.

La mayoría de las fistulas ocurre hacia el duodeno en el 70% de los casos según el criterio de Ramírez (1) y Szajnbock – Lorenzi (6), por la proximidad de este con la vesícula, sin embargo, la fistula también puede ocurrir hacia colon, estomago (6), en el caso presentado durante el transquirúrgico se pudo apreciar que el duodeno se encontraba adherido a la cara inferior del hígado y la vesícula biliar.

Una vez en la luz intestinal, el cálculo puede migrar en sentido proximal hacia el estómago y el bulbo duodenal (causando SD. de Bouveret) o en sentido distal hacia el intestino delgado según el estudio de Ramírez (1), como sucedió con el paciente del caso presentado.

En cuanto al diagnóstico coincidimos con el criterio de Mosquera – Villarreal (7), que indica que el mismo se lo realiza durante el transquirúrgico en el 73% de los casos, en el caso presentado el paciente ingresó a quirófano sin un diagnóstico de certeza y durante el transquirúrgico se llegó a un diagnóstico final.

Los exámenes de imagen en el caso presentado son de mucha utilidad, en la RX Abdomen de Pie se puede observar distensión de asas de intestino delgado y gas en vía biliar, coincidiendo con el criterio de Wong – Crotty (8,9), en lo referente a Eco Abdominal realizada no nos da ningún dato de utilidad en este caso, los autores antes citados en su estudio mencionan que solamente el 11.11% de los pacientes llegan a un dx de certeza utilizando la ultrasonografía abdominal, en contraste de lo que menciona en su estudio Mondragón – Berrones (5), que llegaron a un dx de certeza en un 30-40% de los casos utilizando la ecografía abdominal.

La Tomografía abdominal nos permitió confirmar la dilatación de las asas intestinales y la presencia de aire en la vía biliar, además observar una imagen hiperdensa entre las asas intestinales, lo cual permite tener una orientación diagnóstica mayor esto coincide con lo mencionado por Wong-Crotty (6,10), en su artículo donde señalan que la TAC abdominal puede llegar a un dx de certeza en el 77.78% de los casos.

En la literatura no existe un criterio unificado sobre el manejo quirúrgico definitivo. Según Mondragón – Berrones (5), sugieren un manejo quirúrgico de la fístula en un segundo tiempo quirúrgico, lo cual coincide con lo realizado en el transquirúrgico del paciente de este caso clínico, obviamente los criterios divergen tal es el caso de Ramírez (1), quien sugiere la resolución quirúrgica en un solo tiempo quirúrgico; obviamente hay varios factores a considerar como el tiempo quirúrgico, que son pacientes añosos que en muchas ocasiones presentan múltiples comorbilidades.

### CONCLUSIONES:

El íleo Biliar es una complicación rara y poco frecuente de la coleditis, que se presenta en adultos mayores y cuyo diagnóstico es peri operatoria, causada por el impacto de un lito a nivel de intestino delgado posterior a su paso a través de una fístula bilioentérica.

La clínica es inespecífica, se presentan periodos de dolor abdominal intenso y de distensión abdominal, los cuales remiten si el cálculo se moviliza y regresan si el mismo se vuelve a impactar.

La RX Abdomen en Bipedestación y la TAC de Abdomen son herramientas diagnósticas útiles para poder llegar a un diagnóstico de certeza. La presencia de aire en vía biliar no es patognomónica de esta patología.

El manejo quirúrgico es primordial, realizando una laparotomía exploratoria.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. Ramírez JL. Íleo biliar y fistula bilioentérica. Costa Rica. Medigraphic. 2013. 4 páginas. Último acceso 13 Octubre 2016. Disponible en <http://www.medigraphic.com/pdfs/revmedcoscen/rmc-2013/rmc131zb.pdf>
2. Nuño C, Marín M, Figueroa M, Corona J. Gallstone ileus, clinical presentation, diagnostic and treatment approach. USA. World Journal of Gastrointestinal Surgery. 2016. Último acceso 13 Octubre 2016. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4724589/>
3. Conzo G, Mauriello C. Gallstone ileus: One-stage surgery in an elderly patient: One-stage surgery in gallstone ileus. Italia. Elsevier. 2013. 4 páginas. Último acceso 13 Octubre 2016. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3604665/>
4. Álvarez L, Bejarano W, Rojas O. Íleo biliar y síndrome de Bouveret. Lo mismo pero distinto, descripción de dos casos y revisión de la literatura. Colombia. Scielo. 2010. Último acceso 13 Octubre 2016. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rcg/v25n1/v25n1a17.pdf>
5. Mondragón A, Berrones G, Tort A, Soberanes C, Domínguez L; Mondragón R. Catorce años de experiencia en el manejo quirúrgico del íleo biliar. México. Medigraphic. 2004. 6 páginas. Último acceso 13 Octubre 2016. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/gastro/ge-2005/ge051g.pdf>
6. Szajnbock I, Lorenzi F, Junqueira A. Gallstone ileus as a cause of upper intestinal obstruction. Brasil. Scielo. 1996. 5 páginas. Último acceso 13 Octubre 2016. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/spmj/v114n4/v114n4a08.pdf>
7. Mosquera M, Villareal R, Medina R. Íleo biliar: reporte de dos casos. Colombia. Revista Médica Universidad Javeriana. 2012. Último acceso: 13 Octubre 2016. Disponible en: <http://med.javeriana.edu.co/publi/vniversitas/serial/v53n3/7-Lleo%20biliar.pdf>
8. Wong C, Crotty J. Pneumobilia: A Case Report and Literature Review on its Surgical Approaches. USA. Journal of Surgery Technique. 2013. Último acceso 13 Octubre 2016. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3889000/>
9. Townsend C, Beauchamp D, Mattox K. Cirugía General y del Aparato Digestivo 19 edición. Texas. Elsevier. 2013. Página 490-491.
10. Yeo C, Matthews J, McFadden D, Pemberton J. Cirugía del Tracto Alimentario de Shackelford 7ma edición. Amolca. 2016. Página 864 – 866.