

# Íleo biliar. Reporte de casos

Alejandro D. Bueno-Cañones<sup>1</sup>, Martín Bailón-Cuadrado<sup>1</sup>,  
Enrique Asensio-Díaz<sup>1</sup> y David Pacheco-Sánchez<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Cirugía General y Digestiva, Hospital Universitario Río Hortega, Valladolid, España.

Recibido el 20 de noviembre de 2019 y aceptado para publicación el 7 de enero de 2020.

**Correspondencia a:**

Dr. Alejandro D. Bueno-Cañones  
alejandrobuenoca@outlook.com

## Biliary ileus. Cases report

**Introduction:** Gallstone ileus is a rare cause of mechanical intestinal obstruction, being more frequent in patients over 65 years and females. **Clinical Cases:** Four clinical cases diagnosed with gallstone ileus, operated on in our center, are reported. **Discussion:** Gallstone ileus frequently occurs as a result of a fistula that communicates the digestive tract with the gallbladder. Their clinic is very unspecific, which determines a delay in its diagnosis. Computed tomography is currently the gold standard. The treatment is enterolithotomy and fistula repair in a first or second stage. Prognosis is poor due to patient comorbidities and diagnostic and therapeutic delay.

**Key words:** intestinal obstruction; biliary ileus; cholelithiasis.

## Resumen

**Introducción:** El íleo biliar es una causa poco frecuente de obstrucción intestinal mecánica, siendo más frecuente en pacientes mayores de 65 años y sexo femenino. **Casos Clínicos:** Se exponen cuatro casos clínicos diagnosticados de íleo biliar, intervenidos en nuestro centro. **Discusión:** El íleo biliar es una enfermedad que se produce a consecuencia del paso de un cálculo al lumen intestinal. Esto se produce por la presencia de una fistula entre la vesícula y el intestino, localizada mayormente a nivel duodenal. Se manifiesta con una clínica muy inespecífica, lo que condiciona un retraso en su diagnóstico. La tomografía computarizada es actualmente el examen de elección. El tratamiento consiste en la enterotomía con extracción del cálculo, realizándose la reparación de la fistula en un primer o segundo tiempo. Tiene un mal pronóstico debido a comorbilidad de los pacientes y la demora diagnóstica y terapéutica.

**Palabras clave:** obstrucción intestinal; íleo biliar; coledocistitis.

## Introducción

El íleo biliar es una causa poco frecuente de obstrucción intestinal mecánica, encontrándose en el 4% de los casos, lo que sube al 25% en pacientes mayores de 65 años. Presenta una mayor prevalencia en el sexo femenino. Se produce a consecuencia del paso de un cálculo al lumen intestinal. Este cálculo queda impactado en el intestino produciendo así la obstrucción. El lugar más común donde se produce dicha impactación es el íleon terminal, aunque se puede encontrar en cualquier parte del tracto gastrointestinal. El acceso de la litiasis biliar a la luz intestinal se debe a la presencia de una fistula que comunica la vesícula con el intestino<sup>1,2</sup>. Procesos inflamatorios recurrentes, cuadros de colecistitis

aguda, favorecen la formación de dicha fistula, siendo la más frecuente la fistula colecistoduodenal<sup>3</sup>. Es una entidad que se manifiesta con síntomas inespecíficos, lo que produce un retraso en su diagnóstico, exigiendo la realización de imágenes para comprobarlo. Actualmente el *gold standard* es la tomografía computarizada<sup>4</sup>. Este retraso diagnóstico condiciona un abordaje terapéutico tardío, considerándose en el momento actual la enterotomía con extracción del cálculo el tratamiento de elección. La edad avanzada de los pacientes, junto con la demora terapéutica, son los principales factores que condicionan una elevada morbimortalidad<sup>5</sup>. A continuación, procedemos a presentar cuatro casos tratados en nuestro centro. En la Tabla 1 podemos ver los hallazgos más relevantes.

Tabla 1. Resumen de los hallazgos más relevantes en los casos clínicos presentados

		Caso 1	Caso 2	Caso 3	Caso 4
Edad > 65 años		Sí	Sí	Sí	Sí
Pluripatología		Sí	Sí	Sí	Sí
AP de colecistitis aguda		Sí	Sí	Sí	Sí
Hallazgos radiológicos (triada de Rigler)	Radiografía de abdomen	-	No	-	Dilatación de asas
	Ecografía abdominal	Cálculo no radioopaco Aerobilia Dilatación de asas	Sin hallazgos	Cálculo radioopaco Aerobilia Dilatación de asas	Dilatación de asas
	TC abdominal	Cálculo no radioopaco Aerobilia Dilatación de asas	No	Cálculo radioopaco Aerobilia Dilatación de asas	Cálculo no radioopaco Aerobilia Dilatación de asas
Endoscopia		Sí	Sí	Sí	No
Tiempo desde el ingreso hasta la intervención (días)	9		3	5	6
Fístula		Colecistoduodenal	Colecistoduodenal	Colecistoduodenal	Colecistoduodenal
Localización de la litiasis		Yeyuno medio	Yeyuno-íleon	Íleon	Yeyuno medio
Recurrencia		Sí	No	No	No
Tratamiento simultáneo de la fístula		No	No	No	No
Abordaje		Laparotomía	Laparotomía	Laparotomía	Laparotomía
Éxito		Sí	Sí	No	No

## Casos clínicos

### Caso 1

Paciente mujer de 74 años con antecedentes de epilepsia criptogénica desde la infancia, deterioro cognitivo y colecistitis aguda. Acude al Servicio de Urgencias de nuestro centro por dolor abdominal en hipocondrio derecho y vómitos. Se realizó ecografía abdominal, objetivándose datos de colecistitis aguda y coledocolitiasis; asociado a laboratorio con patrón colestásico. Tras estos hallazgos se solicitó colangiopancreatografía retrógrada (CPRE), observándose una litiasis biliar a nivel duodenal sin obstrucción pilórica, asociada a fístula colecistoduodenal. Se decidió tratamiento conservador. Dada la ausencia de mejoría clínica de la paciente, se realiza una endoscopia digestiva alta donde se observa la movilización del cálculo biliar, previamente observado, con impactación a nivel yeyunal. Ante la sospecha de íleo biliar, la paciente fue intervenida. Se realizó laparotomía y enterotomía para extracción del cálculo con posterior enterorrafia. Presentó una evolución favorable y fue dada de alta a los 6 días tras la intervención. Sin embargo, tras siete días en su domicilio, volvió a acudir al Servicio de Urgencias por presentar fiebre y signos de obstrucción

intestinal. Al realizar una TC se observó una nueva litiasis en intestino delgado, con cambio de calibre y dilatación de asas a nivel ileal. Se realizó laparotomía, enterotomía y enterorrafia. Tras la cirugía, la paciente comenzó a sufrir crisis epilépticas que le llevaron a una situación de bajo nivel de conciencia, sin focalidad neurológica, compatible con el estatus no convulsivo, evidenciado en electroencefalogramas. Este empeoramiento neurológico propició el fallecimiento de la paciente.

### Caso 2

Paciente mujer de 91 años, con antecedentes de fibrilación auricular, insuficiencia cardíaca, estenosis mitral moderada, insuficiencia aórtica leve y colecistitis aguda. Acude al Servicio de Urgencias de nuestro centro por vómitos persistentes y dolor abdominal. Se realizó una ecografía abdominal, observándose dilatación de asas intestinales y signos de colecistitis crónica con material ecogénico en su interior. Posteriormente, se realizó una endoscopia digestiva alta, observándose dilatación duodenal y de asas yeyunales. Todo ello compatible con íleo biliar. Dado el diagnóstico, la paciente fue intervenida quirúrgicamente, se realizó resección del segmento intestinal afecto, a nivel ileal, con posterior

## CASOS CLÍNICOS

anastomosis. Sin embargo, durante el postoperatorio sufrió un fallo cardiorrespiratorio como resultado de la descompensación de sus patologías de base, situación que desembocó en el fallecimiento de la paciente.

**Caso 3**

Paciente varón de 91 años que presenta fibrilación auricular y cardiopatía isquémica crónica con implante de *stent* recubierto. Acude al Servicio de Urgencias de nuestro centro por vómitos persistentes. Se realizó ecografía y TC abdominal, observándose dilatación de asas y lito en el lumen intestinal, siendo diagnosticado de íleo biliar. Se llevó a cabo una laparotomía, extracción del cálculo mediante enterotomía y enterorrafia. Tras la misma, el paciente comenzó con fiebre al 4º día postoperatorio, sin mejoría a pesar de antibioterapia, asociando distensión abdominal. Se realizó una nueva TC abdominal, en la cual se describe la presencia de engrosamiento mural de la zona del íleon donde se localizaba la litiasis, con gas extraluminal y líquido libre. Ante la sospecha de una dehiscencia de sutura es reintervenido, se lleva a cabo resección intestinal y posterior anastomosis. Tras esta segunda intervención, el postoperatorio transcurrió sin incidencias y el paciente fue dado de alta.

**Caso 4**

Paciente varón de 93 años, con antecedentes de diabetes mellitus tipo II, colecistitis aguda perforada y coledocolitiasis. Acude al Servicio de Urgencias de nuestro centro por vómitos de repetición. Se solicitó radiografía, ecografía y TC abdominal, obteniéndose el diagnóstico de íleo biliar. Se realizó laparotomía, enterotomía para extracción del cálculo y enterorrafia. El paciente fue dado de alta tras un postoperatorio favorable.

**Discusión**

El íleo biliar es una entidad poco frecuente, pero con una elevada morbimortalidad, tanto por las importantes comorbilidades que presentan los pacientes afectos, como por el retraso en su diagnóstico y tratamiento. Por ello es importante incluirlo en el diagnóstico diferencial de la oclusión intestinal de intestino delgado. Prácticamente en todos los casos existe una fistula que comunica la vesícula biliar con la luz del tracto gastrointestinal, siendo la más frecuente la colecistoduodenal<sup>1,2</sup>. Es frecuente encontrar una fistula asociada, la que puede no estar presente en el momento del diagnóstico. Esta se

produce habitualmente a consecuencia de procesos inflamatorios recurrentes, como cuadros de colecistitis aguda<sup>3</sup>.

Clínicamente es un cuadro clínico muy inespecífico, pudiendo encontrar sintomatología común a obstrucciones intestinales de otras etiologías. En la literatura se describen dos síndromes poco frecuentes, definidos por el nivel donde se impacta el lito produciendo la oclusión. Uno de estos síndromes es el de Barnard, en el que el cálculo se impacta a nivel de la válvula ileocecal; cuando dicho cálculo se encuentra obstruyendo el duodeno se denomina síndrome de Bouveret<sup>5,6</sup>. A pesar de no manifestarse con una sintomatología específica, se ha descrito la triada de Mordor: antecedentes de colelitiasis y clínica combinada de obstrucción intestinal y cólico biliar. Ésta permite orientar el diagnóstico de íleo biliar en pacientes de edad avanzada<sup>5</sup>. Dada la baja incidencia de este cuadro, se debe descartar otras causas más frecuentes de obstrucción intestinal.

En cuanto a las pruebas complementarias, no se encuentran hallazgos muy diferentes a otras causas de obstrucción intestinal. La ecografía abdominal es poco sensible y específica para el diagnóstico de íleo biliar a diferencia de su rendimiento en patología biliar, presentando, además, la desventaja de ser observador dependiente. Actualmente, la prueba radiológica que presenta mayor sensibilidad y especificidad es la tomografía computarizada abdominal, ya que permite visualizar los hallazgos de la triada de Rigler con mayor fiabilidad (cálculo radioopaco, aerobilia y dilatación de asas)<sup>6,8</sup>. Otras exploraciones, como la endoscopia digestiva alta o la colonoscopia, se describen en la literatura en pacientes con litiasis accesibles por estas vías, teniendo cierta utilidad terapéutica en casos seleccionados<sup>5</sup>.

El *gold standard* para el íleo biliar consiste en la realización de enterotomía y extracción del cálculo biliar asociada a la colecistectomía y resolución de la fistula, en uno o dos tiempos<sup>8</sup>. Es una enfermedad con mal pronóstico, dada la alta mortalidad que presenta, la cual está más relacionada con las importantes comorbilidades que presentan los pacientes que con la propia intervención. Es por ello, que en pacientes con importantes comorbilidades o inestabilidad hemodinámica, se prefiere un abordaje menos agresivo, realizándose la colecistectomía con reparación de la fistula bilioentérica de forma diferida (4-24 semanas) a la enterotomía y extracción del cálculo biliar<sup>5,9,10</sup>. Sin embargo, en pacientes jóvenes, sin grandes comorbilidades y hemodinámicamente estables, se podría realizar una cirugía en un solo tiempo, asociando la enterotomía, la extracción del cálculo y la colecistectomía con

reparación de la fístula. De esta manera, se consigue reducir la tasa de recurrencia, sin aumentar en exceso la morbimortalidad. No obstante, no está descrita una técnica quirúrgica definitiva estandarizada. El abordaje laparoscópico en manos de cirujanos entrenados consigue una menor morbimortalidad y una estancia hospitalaria más corta<sup>7</sup>. Existe una tasa de recurrencia aproximadamente del 5%<sup>10</sup>. El factor pronóstico más importante en estos pacientes es el tiempo desde el diagnóstico hasta la intervención, siendo el tiempo medio descrito de unos siete días<sup>5,9</sup>. Dada la baja incidencia de esta entidad, no existen datos con estudios aleatorizados que apoyen un manejo óptimo de estos pacientes. Está en manos del clínico diagnosticar precozmente

esta patología y así poder llevar a cabo un abordaje terapéutico temprano, reduciéndose la tasa de morbimortalidad.

### Responsabilidades éticas

**Protección de personas y animales.** Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

**Confidencialidad de los datos.** Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

**Conflictos de interés:** no hay.

### Bibliografía

1. Alemi F, Seiser N, Ayloo S. Gallstone Disease: Cholecystitis, Mirizzi Syndrome, Bouveret, Syndrome, Gallstone Ileus. *Surg Clin*. 2019;99:231-44.
2. De Monti M, Cestaro G, Alkayyali S, Galafassi J, Fasolini F. Gallstone ileus: A possible cause of bowel obstruction in the elderly population. *Int J Surg Case Rep*. 2018;43:18-20.
3. Nuño-Guzmán CM, Marín-Contreras ME, Figueroa-Sánchez M, Corona JL. Gallstone ileus, clinical presentation, diagnostic and treatment approach. *World J Gastrointest Surg*. 2016;8:65-76.
4. Panda N, Cauley C, Qadan M. Gallstone Ileus. *J Gastrointest Surg*. 2018;22:1989-91.
5. Ploneda-Valencia CF, Gallo-Morales M, Rinchon C, Navarro-Muñiz E, Bautista-López CA, de la Cerda-Trujillo LF, et al. El íleo biliar: una revisión de la literatura médica. *Rev Gastroenterol México* 2017;82:248-5.
6. Özer N. Gallstone ileus with evident forchet sign: case report. *Int J Surg Case Rep*. 2019;61:153-6.
7. Mirza Gari MK, Eldamati A, Foula MS, Al-Mulhim A, Abdulmomen AA. Laparoscopic management for gallstone ileus, case report. *Int J Surg Case Rep*. 2018;51:268-71.
8. Mir SA, Hussain Z, Davey CA, Miller GV, Chintapatla S. Management and outcome of recurrent gallstone ileus: A systematic review. *World J Gastrointest Surg*. 2015;7(8):152-9.
9. Riaz N, Khan MR, Tayeb M. Gallstone ileus: retrospective review of a single centre's experience using two surgical procedures. *Singapore Med J*. 2008;49:624-6.
10. Jakubauskas M, Luksaitis R, Sileikis A, Strupas K, Poskus T. Gallstone Ileus: Management and Clinical Outcomes. *Medicina (Kaunas)*. 2019;55:E598. doi: 10.3390/medicina55090598.