

Tratamiento de emergencias laparoscópico de íleo biliar; reporte de un caso

Dr. Gabriel Olivera Rengel

leg_naim@hotmail.com

Cirujano general del servicio de emergencias
del Hospital Obrero N°1 Caja Nacional de Salud – La Paz, Bolivia

Dr. Andrés Coloma Exeni

acolomaexeni@gmail.com

Médico residente de tercer año del Hospital Obrero N°1
Caja Nacional de Salud,
Jefe de residentes del servicio de cirugía general
Hospital Obrero N°1– La Paz, Bolivia

Dr. Brayan Chiqui Sinca

brayan_adv@hotmail.com

RESUMEN

El íleo biliar es una causa poco frecuente de oclusión intestinal de tipo mecánica, causado por la impactación de un cálculo biliar en el tubo digestivo, siendo la localización más frecuente el íleon terminal; los litos mayores de 2.5 cm que pasan al tubo digestivo a través de una fístula bilioentérica, pueden producir la ausencia del tránsito intestinal y ocasionar oclusión intestinal.

Existen 2 alternativas terapéuticas aun en debate en la actualidad, la primera es la enterolitotomía, que implica extraer el cálculo impactado y realizar una sutura de la enterotomía, con resolución de la patología biliar en un segundo tiempo. La segunda alternativa es realizar los 2 procedimientos en el mismo acto operatorio. Existen 3 métodos quirúrgicos por las cuales se puede resolver dicho cuadro: la primera cirugía convencional (laparotomía), la segunda cirugía convencional asistida por laparoscopia y la tercera totalmente laparoscópica.

Siendo esta última la de elección para la resolución quirúrgica de este cuadro.

Palabras Claves: íleo biliar; laparoscopia; obstrucción intestinal

Laparoscopic emergency treatment of gallstone ileus; case report

ABSTRACT

Gallstone ileus is a rare cause of mechanical intestinal obstruction, caused by occlusion of a gallstone in the digestive tract, the most common location is the terminal ileum; Stones larger than 2.5 cm pass into the digestive tract through a bilioenteric fistula can cause the absence of intestinal transit and cause intestinal obstruction.

Nowadays, There are 2 therapeutic alternatives still under debate, the first is the enterolithotomy, which involves extracting the impacted stone and performing a suture of the enterotomy, with resolution of the biliary pathology in a second stage. The second alternative is to perform the 2 procedures in the same operative act. There are 3 surgical methods by which this condition can be resolved: the first is the conventional surgery (laparotomy), the second conventional surgery assisted by laparoscopy and the third totally laparoscopic. Being the last one the choice for the surgical resolution in this diagnosis.

Key Words: biliary ileus; laparoscopy; intestinal obstruction

Artículo recibido: 02 noviembre. 2021

Aceptado para publicación: 28 noviembre 2021

Correspondencia: acolomaexeni@gmail.com

Conflictos de Interés: Ninguna que declarar

INTRODUCCIÓN

El íleo biliar es una obstrucción intestinal mecánica causada por la impactación de uno o más cálculos biliares en cualquier parte del intestino delgado y en algunos casos del intestino grueso, siendo el sitio más común el íleon distal. La etiología es secundaria al paso de un cálculo biliar desde los conductos biliares o la vesícula biliar hacia el tracto gastrointestinal a través de una fístula bileoentérica; la causa más frecuente es fístula colecistoduodenal), la cual se produce por la compresión constante constituye una fístula. Representa del 0.3 al 0.5% de las complicaciones de la coledocistitis, con una incidencia de 3/100,000 hospitalizaciones por patología biliar, siendo más frecuente en el sexo femenino en una relación 3.5:1, con una mayor incidencia en mayores de 65 años ^(1,3,8). El tamaño del cálculo es significativo para desencadenar la enfermedad. Se describe que debe medir por lo menos 2 cm de diámetro (2.5 cm en promedio) para causar obstrucción (90% de los casos) ^(1,8).

La sospecha diagnóstica es de suma importancia para un manejo oportuno. Clínicamente se describe la tríada de Mordor, que incluye diagnóstico de coledocistitis conocido, signos clínicos de colecistitis aguda y datos compatibles con obstrucción intestinal. Como parte de los estudios paraclínicos se describe en la radiografía de abdomen la tríada de Rigler, la cual consiste en la presencia de cálculos radiopacos (menos del 10% de los casos), neumobilia (signo de GottaMentschler) y distensión de las asas intestinales, estableciéndose el diagnóstico ante la presencia de dos de los tres signos radiológicos mencionados. Al agregarse el cambio de posición del cálculo biliar en una segunda radiografía se forma la tetrada de Rigler, con mayor sensibilidad diagnóstica ^(2,10).

La tomografía computarizada con medio de contraste se considera el método de elección para el diagnóstico, con una sensibilidad mayor del 90%. Es importante descartar aquellas causas más comunes de oclusión intestinal, como lo son las adherencias, la hernia incarcerada/estrangulada, el tumor abdominal, el vólvulo, etc ^(5,8).

El tratamiento se basa en resolver la obstrucción intestinal, esta se puede realizar mediante dos opciones una, resolver la patología litiasica y la obstrucción durante la misma intervención quirúrgica, y la segunda se resuelve solo la obstrucción intestinal como emergencia durante la primera intervención y la segunda intervención se resuelve la patología biliar ⁽⁴⁾.

En la Laparotomía con enterolitotomía se realiza identificación del lito a extraer luego incisión se realiza de manera longitudinal en el borde anti mesentérico, luego se realiza un cierre transversal para evitar estenosis. Se realiza una revisión sistemática de todo el intestino en búsqueda de cálculos biliares, que pueden encontrarse en el 3-16% de los casos mayor cantidad de litos, pudiendo ser extraídos por la misma enterotomía. La mayoría de los casos de recidiva se asocian a cálculos no identificados en la laparotomía inicial ⁽⁸⁾

En pacientes seleccionados puede realizarse un abordaje laparoscópico asistido con extracción del segmento intestinal afectado, enterotomía y enterorrafia; sin embargo, se considera un reto técnico debido al grado de dificultad.

Finalmente se puede realizar un procedimiento totalmente laparoscópico el mismo procedimiento explicado previamente de laparotomía con enterolitotomía y enterorrafia de manera completamente laparoscópica, que depende de la habilidad del cirujano para realizar dicho procedimiento.

Presentación de caso clínico

Paciente de sexo femenino de 37 años de edad que acude al servicio de emergencias del Hospital Obrero N1 de la ciudad de La Paz – Bolivia por presentar un cuadro clínico de 1 día de evolución, caracterizado por presentar dolor abdominal de aparición súbita localizado en región de epigastrio de moderada intensidad de tipo cólico, que irradia a hipocondrio izquierdo, por lo que acude a policlínico de la misma ciudad y es transferida al servicio de Emergencias, donde se realizan estudios complementarios los mismos dentro de parámetros normales, ecografía de rastreo abdominal que reportaba: colecistitis crónica litiásica, esteatosis hepática difusa, distensión inespecífica de asas intestinales delgadas. Por presencia de dolor persistente tras la administración de analgésicos se decide su internación con los diagnósticos de dolor abdominal en estudio, oclusión Intestinal.

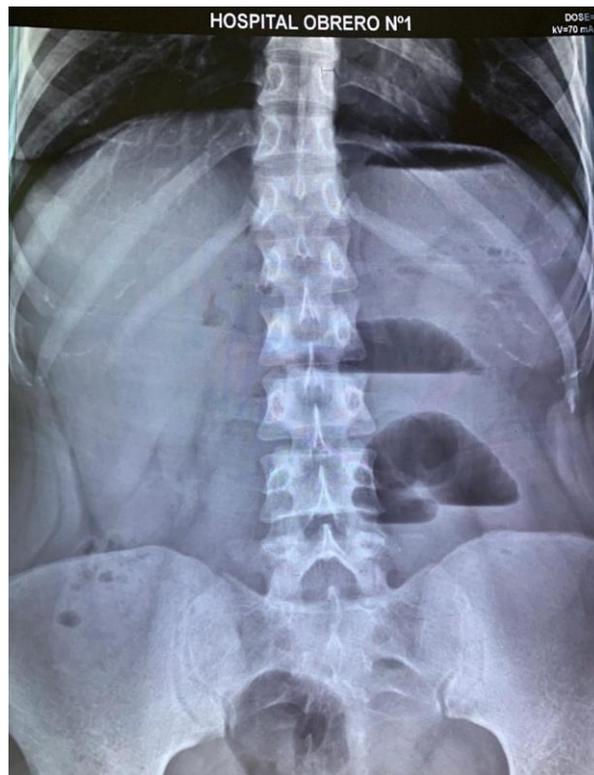
Se solicitan nuevos estudios tanto laboratoriales que solo reporto leve incremento de glóbulos blancos y una nueva ecografía de rastreo abdominal que reporto una calcificación dentro de asa intestinal delgada (figura 1). Además de una radiografía de abdomen de control en la cual se observaba aun un patrón obstructivo (figura 2). Por lo que se decidió resolución quirúrgica de emergencias.

Figura 1: Lito dentro de asa intestinal delgada



Fuente propia

Figura 2: Radiografía abdomen en bipedestación con datos de obstrucción intestinal alta



Fuente propia

Técnica Quirúrgica

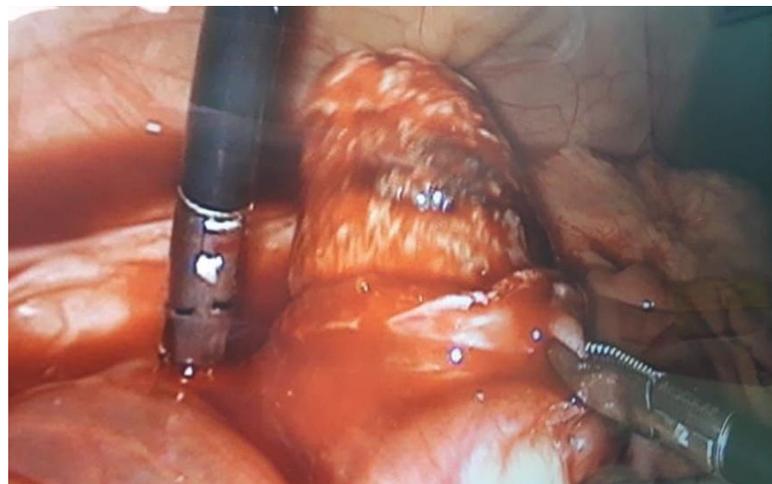
Paciente en decúbito dorsal bajo efectos de anestesia general. Se realiza la instalación de 4 trocares; dos de 10mm el primero por incisión mediana supra umbilical, incisión oblicua

en epigastrio, y 2 puertos de 5mm uno a nivel de mesogástrico, el segundo en la intersección entre la línea axilar anterior y la cicatriz umbilical. Se realiza la cirugía bajo presión de 15mmHg.

Una vez en cavidad se realiza devanación de asas intestinales delgadas en todo su trayecto, las cuales se encuentran dilatadas hasta evidenciar lito a 2 metros a distal del ángulo de Treitz, posteriormente se realiza enterotomía longitudinal de aprox. 2,5cm mediante tijera y diatermia (figura 3), se logra extracción de lito de aprox. 4x3 cm de tipo mixto (figura 4).

Finalmente se realiza enterorrafia laparoscópica transversal en 2 planos con hilo vicryl 3-0, puntos surget pasado, no evidenciando fugas.

Figura 3: Enterotomía longitudinal con posterior salida de lito a través de la misma



Fuente propia

Figura 4: Lito extraído de aprox. 4x3 cm



Fuente propia

RESULTADOS

El tiempo operatorio fue de 90 minutos aproximadamente. La paciente se mantuvo en NPO al paciente por 3 días luego del cual se reinició la dieta de la manera paulatina sin problemas, No presento dolor en el pos operatorio mediato, es dado de alta al 5° día de la intervención con evolución favorable, sin mayores complicaciones durante el postoperatorio.

DISCUSIÓN

El diagnóstico de íleo biliar se realiza en alrededor del 69 % de los pacientes durante el intraoperatorio de una cirugía por obstrucción intestinal. Es generalmente una complicación excepcional de la litiasis biliar no superando una frecuencia de 1,5%. Se produce por una comunicación biliodigestiva anormal, siendo la más frecuente la fístula colecistoduodenal (68%), seguida por la colecistocolónica (5%), y colecistoduodenocolónica (2,5%).

El tratamiento más apropiado del íleo biliar aun genera cierta discusión. Antiguamente se le asociaba una alta mortalidad dadas las condiciones de los pacientes y la posible latencia que se producía en diagnosticar este cuadro.

Reportes desde 1960 citan tasas tan altas de mortalidad como 60% que han bajado hasta 18% en la década de los 90. En un estudio de metaanálisis realizado por Reisner y Cohen en 1994, se analizaron 1001 casos encontrándose que en los pacientes que fueron sometidos solo a una enterolitotomía se presentaba una mortalidad de 11,7% ⁽⁸⁾. Estudios actuales demuestran una tasa de mortalidad que no supera el 5%.

Se tiene 3 métodos de resolución de dicha patología: cirugía convencional, la segunda una resolución mixta o video asistida y una tercera una resolución laparoscópica, la cirugía convencional y video asistida tienen su importancia en caso de que la cirugía no se pueda resolver en la vía laparoscópica o en casos de falta de equipo o de experiencia del cirujano, por lo que no dejan de ser alternativas viables. Tomando en cuenta que la resolución por vía laparoscópica se encuentra en desarrollo desde hace más de dos décadas, se encuentra aún discutida por cirujanos clásicos que defienden la cirugía convencional ya que indican que tiene mayor riesgo de fistulas además de mayor posibilidad de litos residuales. Sin embargo, de acuerdo a la literatura actual cada vez la resolución tiende a ser por vía laparoscópica ya que demostró en los últimos años una

mejora tanto en el tiempo de estancia hospitalaria, dolor pos operatorio, costo de internación, y una mejora en el tiempo de recuperación.

CONCLUSIÓN

El íleo biliar es una causa importante e infrecuente de obstrucción mecánica y su conocimiento es indispensable para un diagnóstico precoz. Aunque se presenta típicamente como un cuadro de obstrucción intermitente, producida por la migración del cálculo a lo largo del intestino, por lo que es frecuente la presencia de síntomas vagos varios días antes de la asistencia del paciente a emergencias.

La resolución de la obstrucción en el íleo biliar por vía laparoscópica es una técnica factible y viable, sin que esto signifique una mayor complejidad para los cirujanos. En centros donde se tiene acceso a un laparoscopio de urgencia y Cirujanos capacitados en esta técnica, nos brinda no solo una herramienta diagnóstica sino también terapéutica, con las obvias ventajas que tiene el hecho de realizar una cirugía mínimamente invasiva.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Abou-Saif A, Al Kawas FH. Complications of gallstone disease: Mirizzi syndrome, cholecystocholedochal fistula and gallstone ileus. *Am J Gastroenterol.* 2002;97:249–54.
- Acosta Brunaga, L. D., Cabañas Adorno, S. A., Rojas Villarreal, H. H., & Escandriolo Peña, V. A. (2017). Colonic obstruction by gallstone. *Revista del Nacional (Itauguá)*, 9(2), 91-102.
- Alexiou K, Ioannidis A, Sikalias N, Konstantinidou E, Fotopoulos A, Karanikas I, et al. Gallstone ileus: a case report and our clinic's experience. *Surgical Science.* 2014;5:10-4.
- BERGER, F., ROJAS, C., Iñiguez, J. I., & SANTAMARÍA, P. (2005). Íleo Biliar resuelto por laparoscopia. Reporte de un caso. *Revista Chilena de Cirugía*, 57(6), 511-514.
- Bueno-Cañones, A. D., Bailón-Cuadrado, M., Asensio-Díaz, E., & Pacheco-Sánchez, D. (2020). Ileo biliar. Reporte de casos. *Revista de cirugía*, 72(5), 468-471.
- C.F. Ploneda-Valencia, M. Gallo-Morales, C. Rinchon, E. Navarro-Muñiz, C.A. BautistaLópez, L.F. de la Cerda-Trujillo, L.A. Rea-Azpeitia, C.R. López-Lizarraga Gallstone ileus: An overview of the literature *Revista de Gastroenterología de México (English Edition)*, Volume 82, July–September 2017, 248-254

- Chacón, J. L. R. (2013). Íleo biliar y fistula bilioentérica. *Revista Médica de Costa Rica y Centroamérica*, 70(605), 155-158.
- Chacón, J. R., Castañeda, M. C. M., & Mora, J. A. B. (2017). Íleo biliar, resolución quirúrgica en un solo tiempo: Evolución post-operatoria. Reporte de caso. *Revista Médica de la Universidad de Costa Rica*, 11(2).
- Chávez Segura, C. J. (2015). Factores clínicos-epidemiológicos para la conversión de la colecistectomía laparoscópica a colecistectomía abierta del Hospital Nacional Arzobispo Loayza. Lima-Perú 2013.
- Glenn F, Reed C, Grafe W. Biliary enteric fistula. *Surg Gynecol Obstet* 1981; 153: 527-31.
- Jesica Martín-Perez a, Luciano Delgado-Plasencia*, Alberto Bravo-Gutierrez a, Guillermo Burillo-Putze, Antonio Martínez-Riera, Antonio Alarco´-Hernandez y Vicente Medina-Arana. El íleo biliar como causa de abdomen agudo. Importancia del diagnóstico precoz para el tratamiento quirúrgico.
- Jiménez Sánchez, G. E. (2017). Manejo Laparoscópico del Íleo Biliar Recidivante (Bachelor's thesis, Quito: USFQ, 2017).
- Mancilla Ulloa, F. J., & Rayas Ruiz, D. (2014). Íleo biliar: reporte de un caso y revisión de la literatura. *Cirujano general*, 36(2), 121-125.
- Marcos I. Salazar-Jiménez*, Javier Alvarado-Durán, Mónica R. Fermín-Contreras, Fernando Rivero-Yáñez, Arianne I. Lupian-Angulo¹ y Antonio Herrera-González. Gallstone ileus, surgical management review. Íleo biliar, revisión del manejo quirúrgico
- Ramírez-Ramírez, M. M., Villanueva-Sáenz, E., & Ramírez-Wiella-Schwuchow, G. (2017). Colectomía derecha laparoscópica electiva por vólvulo cecal: reporte de un caso y revisión de la literatura. *Cirugía y Cirujanos*, 85(1), 87-92.
- Rodríguez Sanjuán JC, Casado F, Fernández MJ, Morales DJ, Naranjo A. Cholecystectomy and fistula closure versus enterolithotomy alone in gallstone ileus. *Br J Surg* 1995; 82(suppl 1): 16.
- Rodriguez-San Juan JC, Casado F, Fernández MJ, Morales DJ, Naranjo A. Cholecystectomy and fistula closure versus enterolithotomy alone in gallstone ileus. *Br J Surg*. 1997;84:634-7.

- Schutte H, Bastias J, Csendes A, Yarmuch J, de la Cuadra R, Chiong H, et al. Gallstone ileus. *Hepatogastroenterology*. 1992;39:562–5.
- Van Hillo M, van der Vliet JA, Wiggers T, Obertop H, Terpstra OT, Greep JM. Gallstone obstruction of the intestine: an analysis of ten patients and a review of the literature. *Surgery*. 1987;101:273-6.
- Vera-Portilla, A. F., Vera-Portilla, W., Galdós, J. L., Bustinza Flores, E., Cornejo Valencia, D., & Terrazas Díaz, S. (2021, April). Cirugía de emergencia por colecistitis aguda debido a fístula colecistocolónica. In *Anales de la Facultad de Medicina* (Vol. 82, No. 2, pp. 150-154). UNMSM. Facultad de Medicina.