

Enteropatía Biliar y su Tratamiento Quirúrgico, Íleo biliar Caso Inusual de Obstrucción Intestinal, Reporte de Caso

José Enrique Pons Taracena¹

j.enriqueponstaracena@gmail.com

<https://orcid.org/0009-0003-5051-2338>

Departamento de cirugía General

Centro Médico Naval

Ciudad de México

Eduardo Isabel Valverde Leyva

<https://orcid.org/0009-0006-0099-5484>

Departamento de cirugía General

Centro Médico Naval

Ciudad de México

RESUMEN

El íleo biliar es una complicación infrecuente, caracterizada por datos clínicos de oclusión intestinal, siendo el 4% de las causas de obstrucción intestinal en la población en general. El diagnóstico es clínico e imagenológico (tríada de Rigler). El manejo al principio será conservador, sin embargo, al no tener adecuada evolución se requiere de intervención quirúrgica, siendo la enterotomía con extracción de cálculos la piedra angular. El objetivo de este reporte es presentar un caso de oclusión intestinal causado íleo biliar tratado mediante laparotomía + enterotomía, extracción de lito y cierre primario. Se presenta el caso de una mujer de 69 años, mediante radiografía abdominal, colangiografía y tomografía abdominopélvica simple, se detectó enterocolito en íleon distal con datos de oclusión intestinal sin mejoría de tratamiento conservador. Se concluye que este diagnóstico es raro, pero de suma importancia en su diagnóstico para un abordaje terapéutico efectivo. Gallstone ileus is a rare complication, characterized by clinical data of intestinal occlusion, accounting for 4% of the causes of intestinal obstruction in the general population. Diagnosis is clinical and imaging (Rigler's triad). Management will be conservative at first, however, due to not having an adequate evolution, surgical intervention is required, with enterotomy with stone extraction being the cornerstone. The objective of this report is to present a case of gallstone ileus treated by laparotomy + enterotomy, stone extraction and primary closure. The case of a 69-year-old woman is presented, by abdominal radiography, magnetic resonance cholangiography and simple abdominopelvic tomography, enterocolith was detected in the distal ileum with data of intestinal occlusion without improvement of conservative treatment. It is concluded that this diagnosis is rare, but of great importance in its diagnosis for an effective therapeutic approach.

Palabras clave: íleo biliar; coledocitis; oclusión intestinal; cirugía; México

¹ Autor principal

Correspondencia: j.enriqueponstaracena@gmail.com

Biliary Enteropathy and its Surgical Treatment, Ileobiliary Unusual Case of Intestinal Obstruction, Case Report

ABSTRACT

Gallstone ileus is a rare complication, characterized by clinical data of intestinal obstruction, accounting for 4% of the causes of intestinal obstruction in the general population. The diagnosis is clinical and imaging (Rigler's triad). Management at first will be conservative, however, as there is no adequate evolution, surgical intervention is required, with enterotomy with stone extraction being the cornerstone. The objective of this report is to present a case of intestinal obstruction caused by gallstone ileus treated by laparotomy + enterotomy, stone extraction and primary closure. The case of a 69-year-old woman is presented. Using abdominal radiography, cholangioresonance and simple abdominopelvic tomography, enterocolith was detected in the distal ileum with data of intestinal obstruction without improvement from conservative treatment. It is concluded that this diagnosis is rare, but of utmost importance in its diagnosis for an effective therapeutic approach. Gallstone ileus is a rare complication, characterized by clinical data of intestinal occlusion, accounting for 4% of the causes of intestinal obstruction in the general population. Diagnosis is clinical and imaging (Rigler's triad. Management will be conservative at first, however, due to not having an adequate evolution, surgical intervention is required, with enterotomy with stone extraction being the cornerstone. The objective of this report is to present a case of gallstone ileus treated by laparotomy + enterotomy, stone extraction and primary closure. The case of a 69-year-old woman is presented, by abdominal radiography, magnetic resonance cholangiography and simple abdominopelvic tomography, enterocolith was detected in the distal ileum with data of intestinal occlusion without improvement of conservative treatment. It is concluded that this diagnosis is rare, but of great importance in its diagnosis for an effective therapeutic approach.

Keywords: gallstone ileus; cholelithiasis; intestinal obstruction; surgery; Mexico

*Artículo recibido 18 noviembre 2023
Aceptado para publicación: 20 diciembre 2023*

INTRODUCCIÓN

La obstrucción intestinal significa un flujo deficiente del intestino hacia una patología extraluminal o luminal.(1) Estas constituyen el 20% de las admisiones quirúrgicas en el servicio de urgencias, siendo la principal causa las adherencias intraabdominales postintervención quirúrgica en el 75% de los casos.(2) El íleo biliar es una complicación rara en el 0,3% al 0,5% de los pacientes con colelitiasis.(3) Suele ocurrir en ancianos (70-80 años) y es más frecuente en mujeres que en hombres con una proporción de 4:1.(4) Esta complicación es vista usualmente en paciente femenino de la tercera edad con múltiples comorbilidades.(5) El íleo biliar representa el 4% de las causas de obstrucción intestinal en la población general (6). Comúnmente resulta en una obstrucción del intestino delgado.(7)(8) El sitio más común de impactación de cálculos biliares es en el íleon distal (60%) debido a su calibre estrecho y menor actividad peristáltica y generalmente es un cálculo con un diámetro promedio de 2 a 2.5 cm.(9)(10) La obstrucción puede desarrollarse en colon en 3-25% de los casos. (11)

La presentación de íleo biliar puede estar precedida por antecedentes de síntomas biliares previos, con tasas entre el 27% y el 80%.(12) El íleo biliar puede manifestarse de forma aguda, episodios intermitentes o crónicos de obstrucción gastrointestinal(13)

El criterio de diagnóstico de imagenología para el íleo biliar se llama la tríada de Rigler y consiste de la presencia de cálculos radioopacos (presentándose en menos del 10% de los casos), neumobilia (signo de Gotta-Mentschler), y distensión de las asas intestinales.(14)

La presencia de 2 de los 3 signos establece el diagnóstico.(6)

El manejo del íleo biliar es como el de la mayoría de las otras causas de obstrucción del intestino delgado o grueso. El manejo inicial comienza con el régimen de sonda nasogástrica para descompresión y líquidos intravenosos para rehidratación. Sin embargo, en la gran mayoría de los pacientes, generalmente se requiere manejo quirúrgico. (15)

La piedra angular del manejo del íleo biliar es la cirugía. Se debe realizar enterotomía con extracción de cálculos para aliviar la obstrucción. En algunos casos, los cálculos firmemente impactados pueden causar necrosis intestinal localizada, lo que hace necesaria la resección segmentaria. (16) En ocasiones, el manejo endoscópico con litotricia mecánica por fragmentación puede emplearse como alternativa para aquellos pacientes que no son candidatos a manejo quirúrgico.(17) El paso espontáneo de lito es

extremadamente raro y es imposible para litos > 25 mm (18)

OBJETIVO

- Revisión de caso clínico de una paciente con íleo biliar, así como hacer énfasis en el abordaje, diagnóstico y tratamiento médico de esta patología.

Caso clínico

Paciente: Se trata de paciente femenino de 69 años de edad, con antecedente de artritis reumatoide(nov 2012), vasculitis cutánea, síndrome de Sjogren, oseoartrosis. Niega quirúrgicos.

Inicia su padecimiento en noviembre del 2022, con dolor abdominal, súbito en mesogastrio, asociado a náuseas, vomito de contenido biliar en múltiples ocasiones, sin mejoría con ingesta de analgésicos(tramadol/paracetamol, clonixinato de lisina) y estreñimiento de 3 días de evolución.

A la exploración física, distensión abdominal, aperistalsis, dolor a la palpación moderada en mesogastrio, matidez en todos los cuadrantes, sin irritación peritoneal.

Estudios de laboratorio: PROCA 3.57, LEU 16.2, ldh 124, PCR 16.99

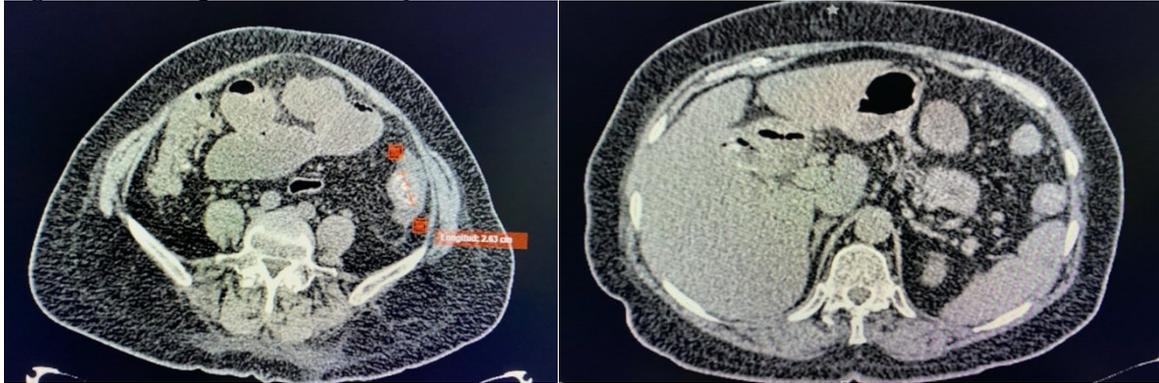
Estudios de imagen

Se realiza colangiorenancia (figura 1):hígado de localización y forma normal, conducto colédoco permeable, sin evidencia de defectos de llenado y diámetro de 11 mm en plano axial, confluyendo con el conducto pancreático a nivel de la segunda porción del duodeno, sin evidencia de obstrucción a este nivel. Vesícula biliar de localización y forma habitual, su pared se aprecia engrosada y discretamente hiperintensa, observando imágenes nodulares hipodensas en T2 murales y endoluminales (la mayor de ellas de 8 mm de diámetro) con engrosamientos murales irregulares de hasta 9 mm.

Figura 1. Colangiorenancia



Figura 2. Tomografía Axial Computarizada



Se realiza tac abdominopelvica simple (figura 2) en la cual se encuentra: íleo biliar con enterocolito de 2.1 cm calcificado actualmente en tercio distal del íleon, zona de transición en íleon distal, coexistente con marcados cambios inflamatorios circundantes con rotación antihoraria de los vasos.

Radiografía AP y decúbito abdominal (figura 3): niveles hidroaéreos, neumobilia, sin aire en ámpula rectal.

Figura 3. Placa de Abdomen



Tratamiento inicial: ayuno, hidratación, levofloxacino, paracetamol , cuidados generales.

Sin presentar mejoría al 3er día intrahospitalario se realiza tratamiento definitivo.

Tratamiento definitivo: laparotomía + enterotomía, extracción de lito y cierre primario + plastia umbilical, encontrando como hallazgos: lito de 3 cm a 60 cm (figura 4) de la válvula ileocecal que condiciona oclusión intestinal, asas de intestino delgado dilatadas, edematosas. Adherencias firmes de epiplón a borde hepático y vesícula biliar. Líquido de reacción inflamatoria aproximadamente 100 cc.

Figura 4. Lito biliar



DISCUSIÓN

El íleo biliar , se trata de una causa de oclusión intestinal mecanica muy poco frecuente al producirse migración de calculo a traves de una fistula biliodigestiva. La localización mas frecuente de obstrucción es el ileon terminal.El diagnostico se realiza con clinica de oclusión intestinal y con tríada patognominica, triada de Rigler (neumbilia, lito calcificado, dilatación del intestino delgado), así como otros metodos diagnosticos como ecografia o tac abdominopelvica como lo fue en este caso.La TAC abdominopelvica simple se considera la prueba diagnóstica definitiva, la cual evidencia el calculo biliar en la via digestiva, se aprecia la localización exacta de la obstrucción intestinal y neumbilia. Al tener diagnostico se realiza planteamiento del tratamiento inicial, en el cual es importante mencionar que el tamaño del calculo es importante para la evolución de la enfermedad, ya que calculos menores a 2.5 – 3 cm no suelen causar obstrucción intestinal por lo que el tratamiento conservador seria el tratamiento de elección de primera linea. En este caso clínico, al medir el lito menos de 2.5 cm pasaría a través de válvula ileocecal(7 cm diámetro, última porción 4-2.5 cm), sin embargo al no tener remisión de la enfermedad a las 72 hrs, se realiza tratamiento definitivo consistente en laparotomía + enterotomía, extracción de lito y cierre primario, con la cual obtuvo mejoría y egreso hospitalario y tratamiento ambulatorio.

CONCLUSIÓN

El íleo biliar es una condición relativamente rara, que consiste en un gran cálculo biliar que produce adherencias inflamatorias entre la vesícula biliar y el intestino delgado. Gradualmente, se produce la erosión y el cálculo biliar pasa al intestino delgado. Debido a que el calibre del intestino delgado es más pequeño en el íleon terminal que en otros lugares, el cálculo biliar casi invariablemente se pega allí y

produce una obstrucción intestinal. Se requiere de un abordaje integral para su diagnóstico, siendo clínico e imagenológico (neumobilia, lito calcificado, dilatación del intestino delgado). El tratamiento debe ser escalonado, siendo de inicio médico y en caso de tórpida evolución intervención quirúrgica.

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que los procedimientos seguidos se conformaron a las normas éticas del comité de experimentación humana responsable y de acuerdo con la Asociación Médica Mundial y la Declaración de Helsinki.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que han seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores han obtenido el consentimiento informado de los pacientes y/o sujetos referidos en el artículo. Este documento obra en poder del autor de correspondencia.

Uso de inteligencia artificial para generar textos. Los autores declaran que no han utilizado ningún tipo de inteligencia artificial generativa en la redacción de este manuscrito ni para la creación de figuras, gráficos, tablas o sus correspondientes pies o leyendas.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

Matli VVK, Marler KC, Morgan A, Pujala V, Pandit S, Morris J. Gallstone Enteropathy: An Unusual Cause of Bowel Obstruction. *Cureus*. 2023;15(9).

Castillo MB. Infrecuente De Oclusión Intestinal. 2015;58(tabla 1):33–9.

Hussain J, Alrashed AM, Alkhadher T, Wood S, Behbehani AD, Termos S. Gall stone ileus: Unfamiliar cause of bowel obstruction. Case report and literature review. *Int J Surg Case Rep [Internet]*. 2018;49:44–50. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.ijscr.2018.06.010>

Al-Mudares S, Kurer M, Koshy RM, El-Menyar A. An unusual presentation of gallstone ileus: A red-herring or missed diagnosis. *Am J Case Rep*. 2016;17:301–4.

Fatimah N, Ahmed AS, Warraich MU, Butt UI, Ahmad QA, Ayyaz M. Stone in the distal jejunum presenting as small bowel obstruction: A case report. *Int J Surg Case Rep [Internet]*. 2018;52:20–2. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.ijscr.2018.09.045>

Ploneda-Valencia CF, Gallo-Morales M, Rinchon C, Navarro-Muñiz E, Bautista-López CA, de la

- Cerda-Trujillo LF, et al. Gallstone ileus: An overview of the literature. *Rev Gastroenterol Mex.* 2017;82(3):248–54.
- Alemi F, Seiser N, Ayloo S. Gallstone Disease: Cholecystitis, Mirizzi Syndrome, Bouveret Syndrome, Gallstone Ileus. *Surg Clin North Am.* 2019;99(2):231–44.
- Haddad FG, Mansour W, Mansour J, Deeb L. From Bouveret's Syndrome to Gallstone Ileus: The Journey of a Migrating Stone! *Cureus.* 2018;10(3):1–4.
- Nik Mazian A, Ab Rahman SS. Gallstone ileus. *Med J Aust.* 2021;214(1):16-16.e1.
- Castillo González J, Guillen Martínez E, Chama Naranjo A, Garcia Cordova E, Farell Rivas J, Lopez Olivares R. Íleo biliar: Diagnóstico y Tratamiento oportuno de una enfermedad infrecuente. *Cirugía Andaluza.* 2021;32(1):36–42.
- Murie J. Case reports. *Scott Med J.* 2013;58(3):193.
- Noriega O, Luis M, Bernal M, Juan M, Rivera C, Lorenzo N, et al. Íleo biliar. 2005;73:443–8.
- Nuño-Guzmán CM. Gallstone ileus, clinical presentation, diagnostic and treatment approach. *World J Gastrointest Surg.* 2016;8(1):65.
- González-burgos MMCO. Íleo biliar : Lo que el Radiólogo debe saber. 2007;43–50.
- Chang L, Chang M, Chang HM, Chang AI, Chang F. Clinical and radiological diagnosis of gallstone ileus: a mini review. *Emerg Radiol.* 2018;25(2):189–96.
- Halabi WJ, Kang CY, Ketana N, Lafaro KJ, Nguyen VQ, Stamos MJ, et al. Surgery for gallstone ileus: A nationwide comparison of trends and outcomes. *Ann Surg.* 2014;259(2):329–35.
- Salazar-Jiménez MI, Alvarado-Durán J, Fermín-Contreras MR, Rivero-Yáñez F, Lupian-Angulo AI, Herrera-González A. Gallstone ileus, surgical management review. *Cir y Cir (English Ed.* 2018;86(2):182–6.
- Mishin I, Ghidirim G, Zastavitsky G. Non-operative treatment for gall-stone ileus - A case report. *Pol Prz Chir Polish J Surg.* 2011;83(4):223–6.