

# Íleo Biliar

**Prof. Dr. Humberto Flisfisch Fernández<sup>1</sup>**  
**Int. Fernanda Ahumada Cáceres<sup>2</sup>**

## **Introducción**

La enfermedad litiasica vesicular es un problema de alta prevalencia en Chile. (1)

Las complicaciones más comunes de la litiasis vesicular son la colecistitis aguda, pancreatitis aguda, colangitis ascendente y gangrena de la vesícula biliar, las menos frecuentes incluyen síndrome de Mirizzi, fistula biliodigestiva e íleo biliar. (2)

El íleo biliar es una obstrucción mecánica del tracto gastrointestinal producida por la impactación de un cálculo en el intestino. Frecuentemente el paso del cálculo es posible por la presencia de una fístula biliodigestiva, aunque también es viable el paso natural a través del colédoco y la papila. (3, 4)

## **1.- Incidencia**

El íleo biliar es una rara complicación de la colelitiasis. Ocurre en 0,3 a 0,4% de los pacientes y es 7 veces más frecuente en mayores de 70 años; es la causa de 1 al 4 % de casos de obstrucción intestinal mecánica y en pacientes mayores de 65 años es responsable del 25% de obstrucciones intestinales sin estrangulación. (5)

## **2.- Patogenia**

El cálculo entra en el intestino a través de una fístula bilioentérica, la cual es una complicación del 2-3% de las colelitiasis con episodios asociados de colecistitis.

La inflamación pericolecística después de la colecistitis permite la formación de adherencias entre el intestino y la vesícula biliar, la necrosis de presión que causa el cálculo erosiona y forma la fístula. (5)

Una vez en el tracto digestivo, el cálculo puede ser vomitado, pasar espontáneamente por el intestino o impactarse y causar obstrucción intestinal. Durante su trayecto por el intestino el cálculo va aumentando su diámetro debido a la acumulación de detritus y sedimento intestinal en la superficie de este.

Reisner y Cohen realizaron una revisión de 1001 casos reportando como sitio de obstrucción íleo terminal (60%), íleon proximal (24%), yeyuno distal (9%) colon y recto (2 a 4%). De 1 a 3% ocurre en el duodeno en su parte distal y menos frecuentemente en duodeno proximal o píloro. (6)

---

<sup>1</sup> Facultad de Medicina. Universidad de Chile. Campus Sur

<sup>2</sup> Internado Cirugía. Universidad de Chile. Campus Sur-CABL

### 3.- Presentación clínica:

Con frecuencia el íleo biliar es precedido por colecistitis aguda. En el 25 a 75% de los casos existirán antecedentes biliares de larga evolución, pero también se puede presentar íleo biliar en pacientes sin historia de enfermedad biliar.

La presentación clásica es un paciente de sexo femenino y adulto mayor con episodios de obstrucción intestinal subaguda. (5)

Los síntomas más frecuentes son dolor abdominal y vómitos, producidos por la impactación transitoria del cálculo que ceden al desimpactarse y recurren con el avance y reimpactación. Por esto los síntomas son vagos e intermitentes, pudiendo estar presentes varios días antes de la consulta en el servicio de urgencia.

Otras presentaciones clínicas mas infrecuentes son hemorragia digestiva secundaria a erosión duodenal, expulsión de un cálculo biliar durante un vomito o la presencia de lesiones esofágicas asociada a emesis intensa. Muy raramente el íleo biliar puede desencadenar una perforación yeyunal. (5)

Al examen físico puede haber fiebre, deshidratación, distensión, dolor abdominal y aumento del peristaltismo. La ictericia está presente en menos de 15% de los pacientes con íleo biliar. (5)

### 4.- Diagnóstico

El íleo biliar es un cuadro de difícil diagnóstico. Solamente cerca del 43% de los casos es identificado antes de la intervención quirúrgica. (6)

Los exámenes de laboratorio pueden presentar leucocitosis, alteraciones hidroelectrolíticas, acido base y de la función renal. La magnitud de las alteraciones de laboratorio dependerá del grado de respuesta inflamatoria, las enfermedades asociadas y de los mecanismos compensatorios del paciente. Con menor frecuencia puede haber alteración de las pruebas hepáticas y elevación de la amilasa plasmática.

La radiografía simple de abdomen mostrará un patrón inespecífico de obstrucción intestinal, con presencia de niveles hidroaereos y dilatación de asas. En ocasiones es posible visualizar el cálculo o demostrar la presencia de neumobilia.

Existen signos radiológicos clásicos, descritos en 1941 por Rigler, Borman y Noble e incluyen obstrucción intestinal, neumobilia, localización aberrante del cálculo y cambios en la situación topográfica de este en exámenes seriados; siendo más frecuentes los 3 primeros. Se considera patognomónico de íleo biliar la presencia de 2 de estos signos radiológicos, lo cual ocurre en aproximadamente 40 a 50% de los pacientes. (7)

La tomografía computada de abdomen es el test diagnóstico más importante, permite la identificación del cálculo en hasta un 78% de los pacientes, además muestra la neumobilia, la obstrucción intestinal y el grosor de la pared de la vesícula biliar. (5)

Manejo

### 5.- Tratamiento

El tratamiento del íleo biliar debe ser quirúrgico, puede intentarse el abordaje terapéutico con endoscopia digestiva alta, endoscopia digestiva baja o incluso litotripsia sólo en pacientes de alto riesgo. (8)

Quirúrgicamente existe controversia sobre la resolución de esta enfermedad en uno o dos tiempos, es decir, realizar enterolitotomía, colecistectomía y reparación de la fístula o sólo resolver la oclusión intestinal mediante la enterolitotomía y en un segundo tiempo quirúrgico repara la fístula biliodigestiva si es que está lo amerita. (9)

Reiner y Cohen analizaron 1001 casos, encontrando que en los pacientes que fueron sometidos sólo a una enterolitotomía se presentaba una mortalidad de 11,7% en comparación con aquellos pacientes a los que se les realizó además de la enterolitotomía la resolución de la patología biliar (colecistectomía con reparación de la fístula bilioentérica), cuya mortalidad fue

de 16,9%. Esta diferencia en la mortalidad entre los 2 grupos no es estadísticamente significativa ( $p < 0,17$ ). (4, 10)

Los autores que proponen la cirugía en un solo tiempo lo hacen para prevenir complicaciones futuras de la fístula, su persistencia y la recurrencia del íleo biliar. (11)

Las complicaciones secundarias a la fístula bilioentérica son menores a 10% y la recurrencia de íleo biliar menor al 5% en los pacientes en quienes se realizó sólo enterolitotomía. (11)

Por lo anterior algunos autores plantean que la cirugía en un tiempo debe reservarse sólo para un grupo selecto de pacientes con íleo biliar y colecistitis aguda, vesícula gangrenosa o cálculos residuales en la misma. (11)

### **Bibliografía**

1. Ministerio de Salud. Guía clínica colecistectomía preventiva en adultos de 35 a 49 años. Santiago. Minsal 2010
2. Abou-Saif A, Al-Kawas FH. Complications of gallstone disease: Mirizzi syndrome, cholecystocholedochal fistula and gallstone ileus. *Am J gastroenterol* 2002; 97 249-254
3. Rodríguez JL, Codina J, Jirones J, Roig M, Figa F, Acero D. Íleo biliar: resultado del análisis de una serie de 40 casos. *Gastroenterol Hepatol* 2001;24 489-494
4. Beauregard-Ponce G, Rivas-Moreno L. Íleo biliar, reporte de un caso y revisión de la literatura. *Salud en Tabasco Vol15, No 2y3 mayo-dic 2009*; 882-886
5. Alvarez L, Cuellar W, Rojas O. Íleo biliar y síndrome de Bouveret, lo mismo pero distinto. Descripción de dos casos y revisión de la literatura. *Rev Col Gastroenterol* 25 (1) 2010: 86-93
6. Salazar-Lozano C, Rocha-Guevara E, Vargar-Gismondi A, de la Fuente-Lira M, Obaldía-Zeledón R, Cordero-Vargas C. Íleo biliar y fístula colecistoduodenal. Informe de un caso. *Cir Curj* 2006, 74: 199-203
7. García F, Daverio M, Acosta G, Lozano G, Wild G. Íleo biliar, cirugía definitiva. *Prensa Med Arg* 2000;87 : 466-469
8. Herrera E, Candia R, Ortega L. Íleo biliar. Reporte de un caso. *Rev Sanid Milit Mex* 2003;57: 397-401
9. Gonzalez G, Díaz J, Collera S, González G, Moré S, Romero J. Íleo biliar, complicación poco frecuente de la litiasis vesicular. *Rev Cubana Cir v.49 n.2 abril-junio 2010*. Versión on line ISSN 1561-2945
10. Reisner RM, Cohen JR. Gallstone ileus: a review of 1001 reported cases. *Am Surg* 1994, 60: 441-446
11. Rojas-Rojas D, Martínez-Ordaz J, Romero-Hernández T. Íleo biliar. Experiencia de 10 años. Serie de casos. *Cir Cir* 2012;80: 220-232