



Íleo Biliar

***INTERNA: LORENA ALTAMIRANO BARBOSA
PROF. DR. HUMBERTO FLISFISCH FERNÁNDEZ
DEPTO. CIRUGÍA SUR
FACULTAD DE MEDICINA UNIVERSIDAD DE CHILE***

INTRODUCCIÓN

Dada la alta prevalencia de colelitiasis en Chile, es fundamental conocer sus posibles complicaciones, entre las cuales se incluyen la colecistitis aguda, pancreatitis, colangitis, y vesícula biliar gangrenosa. Sin embargo, existen complicaciones menos frecuentes, como el síndrome de Mirizzi, las fístulas biliares y el íleo biliar (1).

El íleo biliar, descrito por primera vez por Bartholin en 1654, es una causa rara de obstrucción intestinal mecánica provocada por la migración de un cálculo biliar hacia el tracto gastrointestinal (2,3). Representa aproximadamente el 4% de los casos de obstrucción intestinal en la población general, porcentaje que puede ascender hasta el 25% en pacientes mayores de 65 años (4). Su tasa de mortalidad oscila entre el 12% y el 27%, con una morbilidad cercana al 50%. Es una complicación infrecuente de la enfermedad vesicular, con una incidencia estimada de 30–35 casos por cada millón de hospitalizaciones (4). Predomina en mujeres, con una proporción mujer: hombre de aproximadamente 3,5:1.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó una búsqueda bibliográfica en las bases de datos PubMed, UpToDate y Google Scholar, utilizando los siguientes términos clave: "íleo biliar", "revisión", y "Chile". Se analizaron publicaciones entre los años 2005 y 2022, incluyendo artículos de revisión y reportes de casos clínicos provenientes de Chile, México y España. Esta selección permitió comparar los aspectos teóricos del íleo biliar con su manifestación en la práctica clínica.

FISIOPATOLOGÍA

El íleo biliar ocurre cuando un cálculo biliar accede al tubo digestivo a través de una fístula bilioentérica, generalmente secundaria a episodios repetidos de colecistitis aguda que provocan inflamación crónica, adherencias y eventual erosión de la pared vesicular hacia el tracto digestivo. El sitio más común de formación de la fístula es la vesícula-duodeno (85%), seguido por otras localizaciones como hepatoduodenales, coledocoduodenales, colecistogástricas, colecistoyeyunales y colecistocolónicas.

Los mecanismos de obstrucción incluyen también el paso de cálculos a través de la ampolla de Vater, crecimiento in situ en intestinos estenosados o migración accidental durante procedimientos quirúrgicos (9). Para causar obstrucción, el cálculo suele tener un diámetro superior a 2,5 cm. Los sitios más frecuentes de impactación son: íleon terminal (50–75%), yeyuno e íleon proximal (20–40%), estómago (14,2%), colon (10%) y duodeno (3,8%).

La mayoría de los cálculos pasan sin complicaciones, siendo eliminados espontáneamente. La fístula bilioentérica puede cerrarse por sí sola en el 50% de los casos. Solo entre un 1% y 15% de las fístulas desarrollan íleo biliar. Entre un 3% y 44% de los pacientes presentan múltiples cálculos, y el riesgo de recurrencia se estima entre el 4,7% y el 8% (10–12).

RESULTADOS

A continuación, se informará de los resultados obtenidos luego del análisis de los casos, para facilitar la comprensión se separaron estos en epidemiología y factores de riesgo, cuadro clínico, diagnóstico y tratamiento. (2,3,5,6,7,8,9)

Epidemiología y factores de riesgo

De los casos analizados el 71% (5 de los 7 casos) corresponden a pacientes mayores de 65 años. En cuanto al sexo fue de predominio en el sexo masculino, en 5 de los 7 casos. Solo en uno de los 7 casos existía el antecedente de colelitiasis previa.

Cuadro clínico

En los casos analizados (n=7), el 100% presentó náuseas y vómitos. Dos pacientes presentaron vómitos en poso de café y otros dos vómitos fecaloideos. El dolor abdominal se reportó en el 86%, siendo más frecuente en epigastrio e hipocondrio derecho. La constipación y la ausencia de eliminación de gases estuvieron presentes en el 29%.

Diagnóstico

Las pruebas de laboratorio fueron inespecíficas. En dos casos se observó leucocitosis y en otros dos, compromiso de la función renal, sin alteraciones hepáticas ni trastornos electrolíticos relevantes.

El principal método diagnóstico fue la tomografía computarizada (TAC) de abdomen y pelvis con contraste, con una tasa diagnóstica del 86%. En un caso se utilizó radiografía de abdomen combinada con ecografía abdominal.

De los hallazgos encontrados en la TAC predomina la distensión gástrica, neumobilia y aire intravesicular y presencia de cálculos en el intestino en más de un 50% de los casos. Otros hallazgos que se repitieron, pero en menor medida fueron vesícula biliar con paredes calcificadas y fístula colecistoduodenal en 2 casos.

En el caso de la ecografía de abdomen los hallazgos informados fueron una vesícula escleroatrófica con cálculos; y la radiografía de abdomen simple mostró niveles hidroaéreos y un cálculo de aproximadamente 4 cm

Tratamiento

El tratamiento fue quirúrgico en todos los casos. Se intentó resolución endoscópica en un caso, sin éxito, por lo que se procedió a cirugía. El abordaje más frecuente fue la laparotomía exploradora (86%). Solo un caso se manejó por vía laparoscópica.

La técnica quirúrgica realizada en todos los casos fue la enterolitotomía. En ninguno se efectuó colecistectomía ni reparación de la fístula en el mismo acto quirúrgico.

DISCUSIÓN

El íleo biliar es una entidad clínica infrecuente pero grave, particularmente en pacientes de edad avanzada y con enfermedades asociadas. Su desarrollo requiere una secuencia de eventos inflamatorios crónicos, formación de una fístula bilioentérica y el paso de un cálculo de gran tamaño hacia el tubo digestivo.

El diagnóstico suele ser difícil por su presentación clínica inespecífica. Los síntomas dependen del sitio de obstrucción, siendo los más frecuentes el dolor abdominal, náuseas, vómitos, distensión abdominal, constipación y desequilibrio hidroelectrolítico. Algunos pacientes pueden presentar ictericia (4).

La TAC es el examen más sensible y específico, destacando la triada de Rigler como un hallazgo clave (neumobilia, litiasis ectópica e imagen de obstrucción) (4), aunque no siempre está presente. La sensibilidad de la radiografía simple es baja (40–70%) al igual que la de la ecografía abdominal la cual además es operador dependiente, por lo que no son los estudios de elección y no se recomiendan como estudio inicial.

El tratamiento quirúrgico debe ser individualizado. En pacientes estables, la enterolitotomía simple es la estrategia más utilizada (9), ya que logra resolver la obstrucción con una menor tasa de complicaciones en comparación con procedimientos más extensos que incluyen colecistectomía y cierre de la fístula.

CONCLUSIÓN

El íleo biliar es una complicación poco frecuente de la colelitiasis, pero con alta morbimortalidad, especialmente en adultos mayores. Su diagnóstico requiere un alto índice de sospecha clínica, siendo la TAC abdominal el método de elección. El tratamiento estándar es quirúrgico, preferentemente mediante enterolitotomía por laparotomía o laparoscopia, sin colecistectomía concomitante, dada la complejidad y riesgo de este último procedimiento en pacientes frágiles. El conocimiento de esta patología permite un manejo más oportuno y adecuado, mejorando así el pronóstico del paciente.

REFERENCIAS

1. Beltrán, M., & Csendes, A. (2005). Mirizzi Syndrome and Gallstone Ileus: An Unusual Presentation of Gallstone Disease. *Journal of Gastrointestinal Surgery*, 9(5), 686–689. doi:10.1016/j.gassur.2004.09.058
2. Berger F, Rojas C, Iñiguez J, Santamaría P. Íleo Biliar resuelto por laparoscopia. Reporte de un caso Gallstone ileus corrected by laparoscopic enterolithotomy. Report of one case. *Revista Chilena de ci.* 2005;57:511.
3. Morales-Ortiz J, Cota-Novoa M, Bernal G, Salinas-Quintero X, González-García A. Obstrucción intestinal secundaria a íleo biliar: reporte de caso. Departamento de Cirugía General, Hospital General Norberto Treviño Zapata de Cd Victoria, Tamaulipas, México [Internet]. 2021; Disponible en: <http://dx.doi.org/10.24875/CIRU.21000022>
4. Ploneda-Valencia CF, Gallo-Morales M, Rinchon C, Navarro-Muñiz E, Bautista-López CA, de la Cerda-Trujillo LF, et al. *Rev Gastroenterol Mex* [Internet]. 2017;82(3):248–54. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.rgmex.2016.07.006>
5. Valencia-Martínez JG, Reynoso-Saldaña D, Reynoso-González R, Estrada-Hernández D, Ángeles-Santillán M, Aja-Sixto V. Íleo biliar recurrente, una causa infrecuente de oclusión intestinal. Presentación de un caso clínico. Servicio de Cirugía General, Hospital Regional Tlalnepantla, Instituto de Seguridad Social del Estado de México y Municipios, Edo de México, México [Internet]. 2022; Disponible en: <http://dx.doi.org/10.24875/CIRU.21000678>
6. Quevedo D, Quinteros A, Astudillo J. Caso Clínico Sesión de Imágenes. *Revista Médica del Maule* [Internet]. 2022; Disponible en: https://www.revmedmaule.cl/wp-content/uploads/2023/02/VOL37_N2_12.Caso-Clinico-Sesion-de-Imagenes.pdf
7. Aguilar-Espinosa F, Gálvez-Romero JL, Falfán-Moreno J, Guerrero-Martínez GA, Vargas-Solís F. *Cir Cir* [Internet]. 2017;85 Suppl 1:53–7. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.circir.2016.11.003>
8. Navarro E, Hernández J. Síndrome de Bouveret: una rara complicación de la coledocitis. Informe de un caso y revisión de la bibliografía. Servicio de Cirugía General, OPD Benemérito Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde, Guadalajara, Jalisco, México [Internet]. 2019; Disponible en: <http://dx.doi.org/10.24875/CIRU.19000681>
9. Salazar M, Alvarado J, Fermín M, Rivero F, Lupian A, Herrera A. Íleo biliar, revisión del manejo quirúrgico. *cirugia y* [Internet]. 2018; Disponible en: <http://dx.doi.org/10.24875/CIRU.M18000032>