

## REPORTE DE CASO

# Íleo biliar como causa de obstrucción intestinal mecánica: reporte de un caso

## *Gallstone ileus as a cause of mechanical intestinal obstruction: a case report*

Ana María Acevedo Forero<sup>1</sup> , Adriana Prada Rey<sup>1</sup> , Viviana Parra-Izquierdo<sup>2,3,4</sup> , Juan Sebastián Frías-Ordoñez<sup>5</sup> , Manuel Alonso Ardila-Báez<sup>6</sup> , Cristian Flórez-Sarmiento<sup>3,4,7</sup> 

<sup>1</sup> Gastroenterología pediátrica, Universidad El Bosque, Bogotá, Colombia.

<sup>2</sup> Gastroenterología y reumatología, Hospital Internacional de Colombia, Bucaramanga, Colombia.

<sup>3</sup> Grupo de Inmunología Celular y Molecular (INMUBO), Universidad El Bosque, Bogotá, Colombia.

<sup>4</sup> Gastroadvanced IPS, Bogotá, Colombia.

<sup>5</sup> Gastroenterología, Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, Colombia.

<sup>6</sup> Gastroenterología, Universidad de La Sabana, Chía, Cundinamarca.

<sup>7</sup> Gastroenterología, Hospital Internacional de Colombia, Bucaramanga, Colombia.

**Recibido:** 21/08/2023

**Aceptado:** 9/01/2024

**En línea:** 18/02/2024

### Contribución de los autores

AMAF y APR recopilaron los datos. AMAF, APR, VPI, J.S.F.O, MAAB, y CFS redactaron el manuscrito.

### Conflicto de intereses

Los autores no declaran conflictos de interés.

### Financiamiento

Ninguno.

### Citar como

Acevedo Forero AM, Prada Rey A, Parra-Izquierdo V, Frías-Ordoñez JS, Ardila-Báez MA, Flórez-Sarmiento C. Íleo biliar como causa de obstrucción intestinal mecánica: reporte de un caso. 2024;44(1):83-6. doi: 10.47892/rpg.2024.441.1594

## RESUMEN

El íleo biliar es una causa obstrucción mecánica intestinal caracterizada por presentar síntomas como dolor abdominal, ictericia y fiebre. El tratamiento de elección en estos casos está asociado al abordaje quirúrgico acorde al estado clínico del paciente. Es importante estudiar esta patología ya que su diagnóstico y tratamiento oportunos son fundamentales para evitar complicaciones graves asociadas a una gran morbilidad y mortalidad. El presente artículo describe un caso relacionado al íleo biliar.

**Palabras clave:** Íleo biliar; Colelitiasis; Obstrucción intestinal; Diagnóstico; Terapia (fuente: DeCS Bireme).

## ABSTRACT

Biliary ileus is a mechanical intestinal obstruction characterized by symptoms such as abdominal pain, jaundice and fever. The treatment of choice in these cases is associated with a surgical approach according to the clinical condition of the patient. It is important to study this pathology since its timely diagnosis and treatment are essential to avoid serious complications associated with high morbidity and mortality. This article describes a case related to biliary ileus.

**Keywords:** Ileus; Cholelithiasis; Intestinal obstruction; Diagnosis; Therapy (source: MeSH NLM).

## INTRODUCCIÓN

El íleo biliar (IB) es una causa rara de obstrucción intestinal mecánica, representando hasta el 4% de los casos de obstrucción intestinal mecánica <sup>(1)</sup> que obedece al desarrollo de una fistula bilioentérica secundaria a la erosión producida por un cálculo en la vesícula biliar que conlleva al impacto de éste en el tracto gastrointestinal, desde el estómago hasta el recto. Afecta con mayor frecuencia a mujeres de edad avanzada y que generalmente tienen comorbilidades significativas asociadas debido a que las mujeres son más propensas a desarrollar cálculos biliares <sup>(2)</sup>. Su diagnóstico requiere un alto índice de sospecha ante un cuadro de obstrucción intestinal y resulta necesario el apoyo en estudios imagenológicos para su confirmación. La detección y el abordaje terapéutico resultan en una gran morbilidad y mortalidad. El objetivo terapéutico es el alivio de la obstrucción intestinal mediante el abordaje quirúrgico de extracción del cálculo biliar; la elección del tipo de cirugía se establece de acuerdo con el estado clínico del paciente. Presentamos el caso de una paciente mujer en la séptima década de la vida con sospecha de íleo biliar la cual fue apoyada en estudios imagenológicos que confirmaron el diagnóstico, que evolucionó sin complicaciones posterior a enterolitotomía.

### Correspondencia:

Viviana Parra-Izquierdo  
Gastroenterología, Hospital  
Internacional de Colombia. Kilometro  
7 vía Piedecuesta, vía Menzuli.  
Floridablanca. Colombia.  
Teléfono: 05 + (7)6394040  
E-mail: dravivanaparra@gmail.com

## CASO CLÍNICO

Paciente femenina de 65 años con antecedentes de hipertensión arterial, enfermedad pulmonar obstructiva crónica y obesidad, con cuadro clínico de 8 días de evolución de dolor abdominal, localizado en hemiabdomen superior que posteriormente se irradió a hacia inferior asociado a distensión abdominal, ausencia de deposiciones de 5 días y emesis múltiples de contenido alimentario. Al examen físico paciente hemodinámicamente estable, anictérica, abdomen distendido, doloroso a la palpación de hipocondrio derecho y epigastrio, sin signos de irritación peritoneal y ruidos intestinales disminuidos en frecuencia e intensidad. Los paraclínicos reportan hemograma con leucocitosis (13 800/mm<sup>3</sup>), neutrofilia (conteo absoluto 12 100/mm<sup>3</sup>), sin anemia, transaminasas normales, fosfatasa alcalina elevada (372 UI/L), bilirrubinas normales y electrolitos con hipocalcemia leve. Informe de tomografía computarizada (TAC) de abdomen reportó lesión en íleon que condiciona obstrucción y neumobilia. Se inició manejo antibiótico, analgésico multimodal y antiemético.

Dados hallazgos tomográficos y ante datos paraclínicos de colestasis, se solicitó colangioresonancia para mejor caracterización de vía biliar, en la que se evidenció vesícula biliar con engrosamiento de sus paredes y nivel hidroaéreo en su interior, vía biliar extrahepática dilatada, colédoco de 8 mm y varios pequeños cálculos a nivel proximal, el colédoco en su entrada a la papila con trayecto filiforme por posible edema o estenosis periampular y dilatación moderada de asas intestinales delgadas atribuible a íleo adinámico con escaso líquido libre perihepático; sugiriendo descartar presencia de fistula colecistoduodenal (Figura 1). Dado cuadro clínico y hallazgos en estudios iniciales, se consideró alta probabilidad de que la paciente cursara con íleo biliar, no había patrón biliar obstructivo en ese momento, por lo que se indicó paso de sonda nasogástrica a drenaje y se solicitó TAC de abdomen contrastado. Realizan radiografía de abdomen simple la cual demuestra abundante materia fecal en todo el marco cólico, presencia de niveles hidroaéreos escalonados y ausencia de gas distal, compatible con proceso obstructivo (Figura 2).

La paciente presentó exacerbación de dolor abdominal y dado evolución estacionaria se decidió manejo quirúrgico con laparotomía exploratoria en la cual se encontró gran cálculo con obstrucción completa de la luz del íleon, dilatación proximal y colapso distal de este, requirió enterolitotomía vía abierta. Y se descartó la presencia de fistula asociada. También, se documentó una vesícula enferma por píocolecisto, por lo que fue considerada la etiología de la complicación, y se realizó colecistectomía en el mismo tiempo. Posterior resolución de la sintomatología descrita, y recibió alta a los 5 días de su postoperatorio.

## Consideraciones éticas

Se obtuvo el consentimiento informado por parte de la cuidadora de la paciente. Este reporte fue aprobado por el comité de investigación de la institución.

## DISCUSIÓN

El IB es una complicación poco común de la coleditis, conocida como una obstrucción intestinal mecánica debida a la impactación de uno o más cálculos biliares en cualquier lugar del tracto gastrointestinal (tamaño promedio de 4 cm, mínimo 2 cm de diámetro) <sup>(1)</sup>. El paso del cálculo desde los ductos biliares hacia el lumen intestinal sucede a través de una fistula, la localización más usual es entre la vesícula biliar y el duodeno (85%), seguido por las fistulas hepatoduodenales, coledocoduodenales, colecistogástricas, colecistoyeyunales y colecistocolónicas <sup>(2)</sup>. El lugar más común de la obstrucción es el íleon distal (50-60,5%) <sup>(1,3,4)</sup>.

Representa el 0,3-0,5% de las complicaciones de los pacientes con coleditis <sup>(1,3)</sup>, el 0,1-5% de las obstrucciones del intestino delgado, y el 25% de las obstrucciones del intestino delgado en adultos mayores. Sucede con mayor frecuencia en mujeres, con una relación 3,5 a 4,5:1 <sup>(1)</sup>. La mayoría tienen enfermedades concomitantes <sup>(5)</sup>. Entre el 1-3% mayores de 65 años <sup>(6)</sup>, inusual en menores de 50 años <sup>(5,7)</sup>. Fue descrito por Thomas Bartholin en 1654, al observar una fistula colecisto-intestinal con un cálculo biliar dentro del tracto gastrointestinal en una necropsia <sup>(1,3)</sup>.

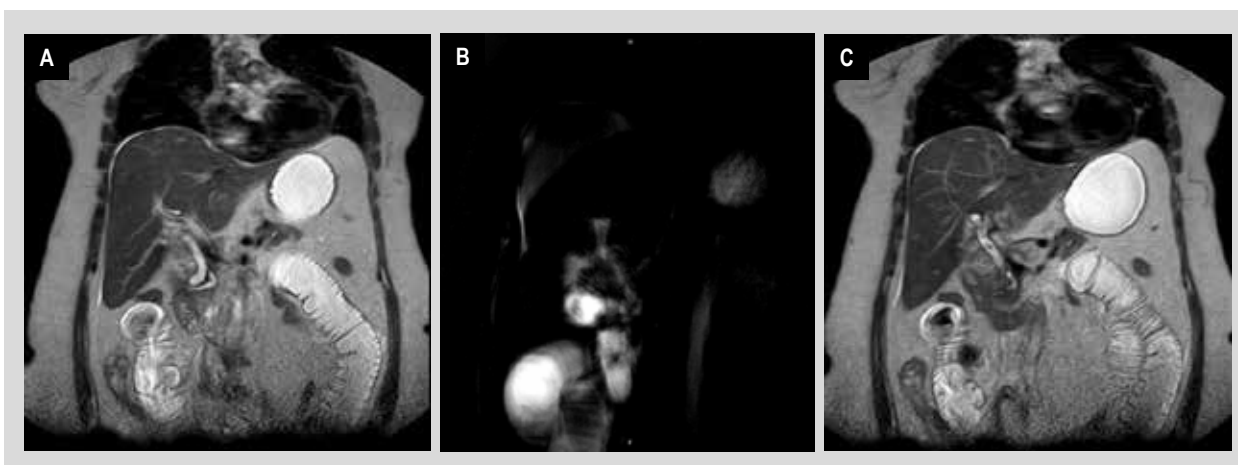
Otras localizaciones son yeyuno (16,1%-26,9%), duodeno (3,5-14,6%) y colon (3-4,1%). El síndrome de Bouveret es llamado así por el médico que descubrió por primera vez la afección y se refiere a la impactación en el bulbo duodenal que causa obstrucción del tracto de salida <sup>(8)</sup>.

Dentro de los factores asociados a mal pronóstico se encuentran mayor edad, patologías asociadas, ingreso hospitalario y tratamiento tardío <sup>(1)</sup>. La tasa de mortalidad asociada a esta entidad está entre el 12-27% y la de morbilidad alcanza el 50% <sup>(9)</sup>.

La presentación clínica es inespecífica y varía de acuerdo con el sitio donde se encuentre fijado el cálculo, causando una variedad de escenarios clínicos <sup>(5)</sup>. La presentación puede ser aguda, subaguda o crónica. En casos de obstrucción intestinal se presentan con mayor frecuencia síntomas como distensión abdominal, dolor, vómito, náuseas, ausencia de peristalsis, constipación, y desequilibrio hidroelectrolítico <sup>(4,10)</sup>.

El diagnóstico es un reto ya que los síntomas no son específicos para esta entidad, hay un periodo promedio de 7 días desde el momento de aparición de los síntomas de obstrucción intestinal y el manejo quirúrgico, con una precisión de diagnóstico de IB en menos del 70% de los casos <sup>(1,10,11)</sup>.

La sospecha diagnóstica debe realizarse ante un paciente mayor que presente la tríada de Mordor: antecedente de cálculos biliares, signos de colecistitis aguda e instauración repentina de obstrucción intestinal <sup>(10)</sup>. El examen físico y los laboratorios generalmente no resultan específicos de una causa particular de obstrucción intestinal. Los laboratorios



**Figura 1.** Colangiorensonancia. (A) Colédoco de 8 mm y pequeños cálculos a nivel proximal. El colédoco en su entrada a la papila con trayecto filiforme por posible edema o estenosis. (B) Vesícula biliar con engrosamiento de sus paredes y nivel hidroaéreo en su interior. (C) Escaso líquido libre perihepático. Descartar presencia de fístula colecistoduodenal y dilatación moderada de asas intestinales delgadas atribuible a íleo adinámico.

pueden evidenciar un conteo elevado de glóbulos blancos, injuria colestásica en el hepatograma, y en algunos casos un desequilibrio hidroelectrolítico <sup>(4)</sup>.

Referente a los estudios de apoyo diagnóstico para IB, en 1941, fue descrita por Rigler et al. la tríada clásica radiológica representada por neumobilia (Figura 1B), obstrucción intestinal (distensión de asas intestinales) y cálculos radiopacos ectópicos (< 10% de los casos), la presencia de 2 de los 3 signos se considera patognomónico de IB y se identifica en el 14-53% de radiografías abdominales, y hasta en el 93% de las TAC de abdomen <sup>(5,6,10)</sup>. El cambio de la posición del cálculo biliar en una segunda radiografía abdominal se conoce como tétrada de Rigler <sup>(10,12)</sup>.

La presencia de varios niveles adyacentes al cuadrante superior derecho se describe como el quinto signo radiológico (Figura 1C), el nivel medial corresponde al bulbo duodenal y el nivel lateral a la vesícula biliar <sup>(9,10)</sup>. Al adicionarle contraste oral hidrosoluble se pueden observar signos como el de Forchet («cabeza de serpiente»: halo claro compuesto de cálculos radiolúcidos) o el signo de Petren (paso del medio de contraste hacia el tracto biliar) <sup>(10)</sup>.

El ultrasonido abdominal no es muy útil en el caso de una obstrucción intestinal, sin embargo al referirse al IB se pueden observar colelitiasis residual, la presencia de una fístula enterobiliar, el alojamiento del cálculo en el lumen intestinal y aerobilia <sup>(10)</sup>.

La TAC con contraste es considerada como el método de elección para el diagnóstico de IB, con una sensibilidad del 93%, especificidad del 100% y precisión del 99 <sup>(8,10,12,13)</sup>. La esofagogastroduodenoscopia puede ser utilizada para visualización del cálculo impactado y las fistulas biliares colecistoduodenales <sup>(12)</sup>. El principal objetivo terapéutico del IB es el alivio de la obstrucción intestinal

mediante la extracción del cálculo biliar. Los desequilibrios hidroelectrolíticos y los trastornos metabólicos debidos a la obstrucción intestinal, la presentación tardía y las comorbilidades preexistentes son comunes y requieren un manejo previo a la intervención quirúrgica <sup>(5)</sup>.

El manejo quirúrgico del IB consiste en enterolitotomía, simple, o cirugía en uno o dos tiempos con cierre de fístula, colecistectomía y enterolitotomía. La elección de procedimiento quirúrgico se hará de acuerdo con el estado clínico del paciente. Se recomienda el empleo de enterolitotomía en pacientes de alto riesgo y reservar la colecistectomía y cierre de fístula para pacientes con menos comorbilidades debido a que la técnica de



**Figura 2.** Radiografía de abdomen simple. Niveles hidroaéreos escalonados y ausencia de gas distal.

enterolitotomía, colecistectomía y cierre de fístula resultó en una tasa de mortalidad del 16,9% en comparación con el 11,7% de la enterolitotomía <sup>(1,3,4)</sup>.

La tasa de recurrencia de IB es aproximadamente del 2-5% <sup>(8,14)</sup>, sin embargo se ha informado de hasta un 8% de recurrencia después de la enterolitotomía sola; la mitad de estos últimos se presentarán en los siguientes 30 días al procedimiento quirúrgico <sup>(5)</sup>.

En conclusión, el IB es una entidad rara, se presenta como complicación en pacientes mayores con colelitiasis. La presentación clínica es variada y el manejo quirúrgico debe individualizarse. Es una entidad de difícil diagnóstico y con alta morbi-mortalidad por lo que requiere un alto índice de sospecha y el apoyo precoz en imágenes diagnósticas, de elección la TAC abdominal, para un diagnóstico oportuno.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ploneda-Valencia CF, Gallo-Morales M, Rinchon C, Navarro-Muñoz 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. doi: 10.1016/j.rgmx.2016.07.006.
2. Williams NE, Gundara JS, Roser S, Samra JS. Disease spectrum and use of cholecystolithotomy in gallstone ileus. *Hepatobiliary Pancreat Dis Int.* 2012;11(5):553-7. doi: 10.1016/s1499-3872(12)60224-0.
3. Petrillo P, Green D, Haag S, Kepros J. Multiple gallstones causing ileus twenty years after cholecystectomy. *J Surg Case Reports.* 2022;2022(9):rjac415. doi: 10.1093/jscr/rjac415.
4. Alemi F, Seiser N, Ayloo S. Gallstone Disease: Cholecystitis, Mirizzi Syndrome, Bouveret Syndrome, Gallstone Ileus. *Surg Clin North Am.* 2019;99(2):231-44. doi: 10.1016/j.suc.2018.12.006.
5. Nuño-Guzmán CM. Gallstone ileus, clinical presentation, diagnosis and treatment approach. *World J Gastrointest Surg.* 2016;8(1):65-76. doi: 10.4240/wjgs.v8.i1.65.
6. García-Osogobio S, González-Contreras HQ, Téllez-Ávila F. Fístula bilioentérica con impactación de lito gigante en yeyuno [Cholecystoenteric fistulae with giant gallstone ileus impactation]. *Rev Gastroenterol Mex.* 2008;73(4):235-8.
7. Nakao A, Okamoto Y, Sunami M, Fujita T, Tsuji T. The oldest patient with gallstone ileus: Report of a case and review of 176 cases in Japan. *Kurume Med J.* 2008;55(1-2):29-33. doi: 10.2739/kurumemedj.55.29.
8. Inukai K. Gallstone ileus: A review. *BMJ Open Gastroenterol.* 2019;6(1):e000344. doi: 10.1136/bmjgast-2019-000344.
9. Alexiou K, Ioannidis A, Sikalias N, Konstantinidou E, Fotopoulos A, Karanikas I, et al. Gallstone Ileus: A Case Report and Our Clinic's Experience. *Surg Sci.* 2014;5(1):10-4.
10. Beuran M, Ivanov I, Venter MD. Gallstone ileus--clinical and therapeutic aspects. *J Med Life.* 2010;3(4):365-71.
11. Huang SF, Han YH, Chen J, Zhang J, Huang H. Surgical Management of Cholecystoenteric Fistula in Patients With and Without Gallstone Ileus: An Experience of 29 Cases. *Front Surg.* 2022;9:950292. doi: 10.3389/fsurg.2022.950292.
12. 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. doi: 10.1007/s10140-017-1568-5.
13. Stenberg D, Jamal MM, Kaur H, Arcerito M. Mirizzi-Induced Bouveret's Syndrome: Revelations of Timely Surgical Intervention. *Case Rep Gastroenterol.* 2022;16(1):247-51. doi: 10.1159/000522251.
14. Hobbs N, Barghash M, Peters PA, Mansour M. Gallstone Ileus: Uncommon Presentation Followed by Less Common Spontaneous Resolution. *Cureus.* 2020;12(12):e12138. doi: 10.7759/cureus.12138.