

<b>Caso</b>	(385) ¿Una piedra en el camino? Un caso de Íleo biliar.
<b>Autores</b>	Carlos Basoa Ramos , Mikel Jauregui García, Libe Arzanegui Larumbe, Javier Saez Elizagaray, Cristina Berastegi Santamaría, Pablo Sadaba Sagredo
<b>Centro</b>	Hospital Universitario Galdakao Usansolo

## EXPOSICIÓN DEL CASO

Varón de 82 años que acude a Urgencias por vómitos y estreñimiento de 2 días de evolución.

Antecedentes: HTA en tratamiento con Ramipril y colelitiasis. IQ: testículo y hernia inguinal derecha.

Comienza con vómitos biliosos, reflujo gastroesofágico, aerofagia y dolor abdominal. Desde el inicio de los síntomas no ha realizado deposición, cuando anteriormente tenía un ritmo intestinal normal.

Consultó en Atención Primaria por este motivo 2 días antes, le trataron con Primperam IM y no notó mejoría.

No ha presentado fiebre ni síndrome constitucional. No cuadro catarral, disnea ni dolor torácico. No clínica miccional.

Durante su estancia en Urgencias, las constantes son normales salvo hipertensión (PA 152/74). En la exploración llama la atención un abdomen distendido, muy doloroso a la palpación, que le provoca náuseas y regurgitación, sin signos de irritación peritoneal y con ruidos hidroaéreos prácticamente nulos.

Analíticamente destaca: PCR (18 mg/L), leucocitosis ( $18,18 \cdot 10^3/\mu\text{L}$ ), bilirrubina (1,2 mg/dL) y amilasa (106 U/L).

El cuadro resulta altamente sugestivo de obstrucción intestinal por lo que se solicitan Rx simples de abdomen y TC abdominopélvico urgente (descrito en pie de foto).

Se diagnostica de íleo biliar y se interviene de urgencia mediante una enterotomía con extracción del cálculo biliar.

## DISCUSIÓN

El íleo biliar es una causa poco frecuente de obstrucción intestinal (0.4-5%) con una morbilidad elevada (7-30%) debido sobre todo al retraso diagnóstico. Ocurre por la impactación de una o varias litiasis biliares en algún punto del tránsito intestinal. Las litiasis alcanzan el tránsito intestinal frecuentemente a través de fístulas bilioentéricas, que se producen debido a una erosión en la pared vesicular por una colelitiasis, habitualmente en una vesícula biliar que ha sufrido una inflamación crónica, y por lo tanto está predispuesta a sufrir daños en su pared.

Para que una litiasis produzca un cuadro obstructivo, debe tener un tamaño considerable, se estima que entre 2-2.5 cm, salvo que haya un área estenótica

preexistente. Debido al calibre del tránsito intestinal, los lugares más frecuentes de impactación son el íleon y la válvula ileocecal, aunque se puede ver el cambio de calibre en otras localizaciones, siendo las estenosis secundarias a enfermedad de Crohn o la enfermedad diverticular factores de riesgo importantes.

Suele ocurrir en pacientes con múltiples comorbilidades que han sufrido episodios previos de colecistitis, frecuentemente mujeres de avanzada edad.

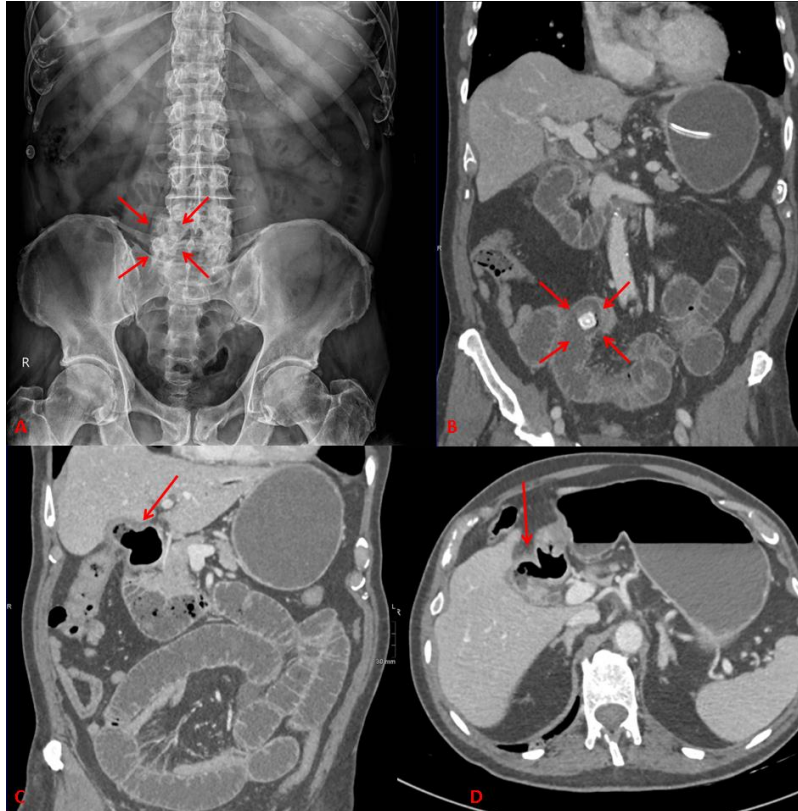
La presentación clínica es muy inespecífica, y los síntomas varían en función del tiempo de evolución, siendo superponibles a cualquier cuadro de obstrucción intestinal de otro tipo: dolor abdominal cólico, vómitos biliosos, fecaloideos (en caso de obstrucción de intestino grueso) o en posos de café, distensión abdominal etc. En casos complicados puede asociarse signos de hematemesis por erosión de la arteria gastroduodenal o signos de peritonitis en caso de perforación intestinal.

La mejor prueba de imagen para el diagnóstico de esta entidad es la TC, y los hallazgos típicos se describen en el caso.

El manejo de estos pacientes es controvertido por las múltiples comorbilidades, siendo opciones de tratamiento la cirugía, el abordaje endoscópico y menos frecuentemente, la litotricia.

## **CONCLUSIÓN**

El íleo biliar es una causa infrecuente pero potencialmente mortal de obstrucción intestinal, sobre todo por el retraso diagnóstico que frecuentemente ocurre. Por ese motivo el reconocimiento precoz y la sospecha diagnóstica, así como el conocimiento de los principales hallazgos por técnicas de imagen son de gran importancia para hacer un diagnóstico precoz e instaurar un tratamiento adecuado lo más pronto posible.



*Radiografía simple de abdomen en supino (A) y TC abdominopélvico tras administración de contraste intravenoso, con adquisición de las imágenes en fase venosa portal y reconstrucciones MPR en los planos coronal (B y C) y axial (D). La radiografía simple muestra una ligera distensión de asas intestinales, aparentemente en rango no patológico, con ausencia de gas en la ampolla rectal. Superpuesto al cuerpo vertebral L5 se identifica una imagen redondeada y calcificada (flechas rojas en A). La TC abdominopélvico demuestra una distensión de la cámara gástrica (con sonda nasogástrica en su interior) y dilatación de asas de intestino delgado en rango patológico, identificándose un cambio brusco de calibre en un asa de íleon distal. Inmediatamente proximal al cambio de calibre se visualiza una imagen redondeada endoluminal, densamente calcificada, de aproximadamente 1,7 cm de diámetro (flechas rojas en B). Proximalmente, se evidencia que la vesícula se encuentra prácticamente colapsada y que existe una comunicación con la primera porción duodenal (flechas rojas en C y D) y aerobilia (no mostrada), hallazgos que sugieren fístula colecistoduodenal y por lo tanto, la imagen endoluminal distal sería compatible con una litiasis biliar en localización ectópica. Adicionalmente se observaba ligera cantidad de líquido libre entre asas e ingurgitación de los vasos mesentéricos, como signos de incipiente sufrimiento de asas (no mostrado). Los hallazgos en su conjunto son compatibles con íleo biliar por fístula colecistoduodenal.*

## **BIBLIOGRAFÍA**

Liisa Chang, Minna Chang, Hanna M. Chang. Clinical and radiological diagnosis of gallstone ileus: a mini review. *Emergency Radiology*. 2017; 8 páginas, <https://doi.org/10.1007/s10140-017-1568-5>

Francesco Lassandro, Stefania Romano, Alfonso Ragozzino. Role of Helical CT in Diagnosis of Gallstone Ileus and Related Conditions. *American Journal of Roentgenology*. 2005; 7 páginas. DOI:10.2214/AJR.04.1371

Motta Lorenzo Carnevale Aldo, Cossu Alberto Labaj Olgerta, Licia Uccelli. Rolling in the Deep: Imaging Findings and Diagnostic Pearls in Gallstone Ileus. *Surgery Research and Practice*. Volume 2020; 10 páginas, <https://doi.org/10.1155/2020/1421753>