

| | |
|----------------|---|
| Caso | (482) Ileo biliar: una causa poco frecuente de obstrucción intestinal. |
| Autores | Maria Victoria Torres Isidro, Jose Vicente Roncero Cano, Gianluca Martinelli, Marta Babarro Peleteiro, Esther Izquierdo Milla |
| Centro | Hospital Universitario De Móstoles |

EXPOSICIÓN DEL CASO

Se presenta el caso de una mujer de 92 años que acudió a urgencias por vómitos y dolor abdominal. Ante la sospecha de colecistitis aguda se le realizó una ecografía abdominal urgente, en la que se observaba una colelitiasis de aproximadamente 3 cm de diámetro y edema y estriación de la pared de la vesícula biliar. La paciente ingresó en planta con el diagnóstico de colecistitis aguda para tratamiento conservador e inicio de antibioterapia. Aproximadamente a las 48 horas del ingreso experimentó un empeoramiento clínico abrupto, con aparición de vómitos, dolor y distensión gástrica y elevación de la PCR. Ante la sospecha de complicación de la colecistitis se solicitó una tomografía computarizada urgente que se realizó tras la administración de CIV en fase portal, observándose una dilatación de asas de intestino delgado hasta un cálculo de colesterol impactado en un asa de íleon proximal, cambios inflamatorios en la vesícula biliar y una fístula colecisto-duodenal; estos hallazgos radiológicos son patognomónicos de íleo biliar y con este diagnóstico se intervino a la paciente mediante laparotomía y posterior enterotomía y extracción del cálculo. La paciente evolucionó favorablemente y fue dada de alta.

DISCUSIÓN

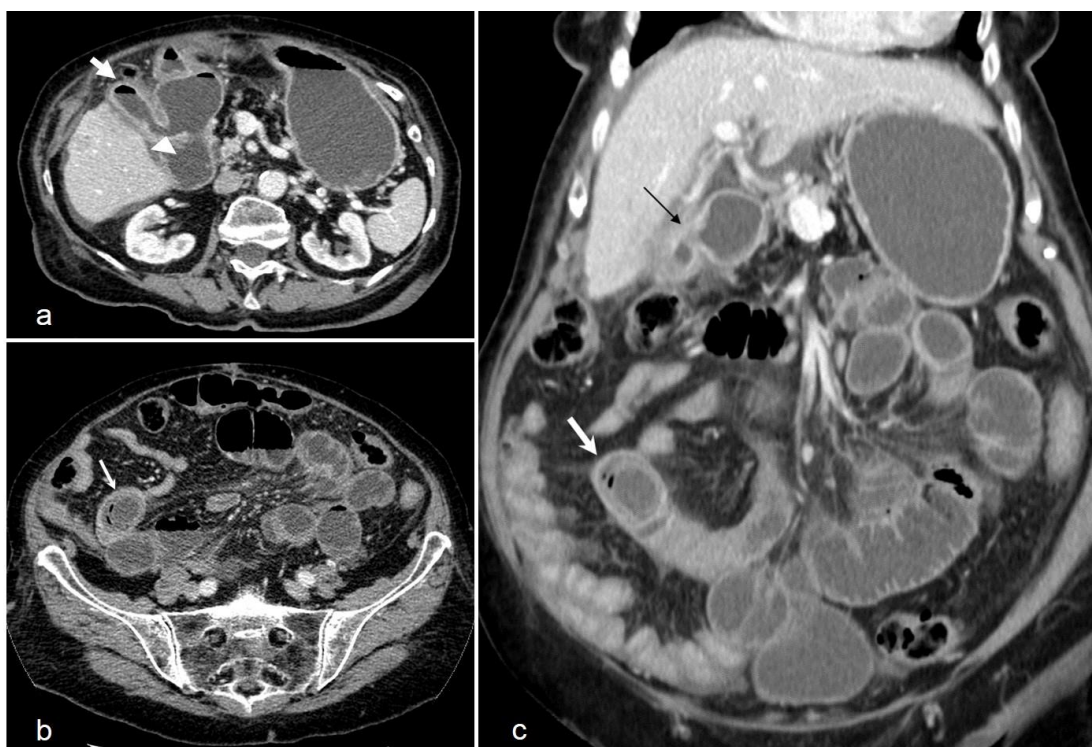
El íleo biliar es una causa poco frecuente de obstrucción intestinal aguda que debe tenerse en cuenta en pacientes con historia previa de colelitiasis o colecistitis, especialmente en pacientes mayores de 65 años. Es una complicación potencialmente grave con una elevada morbilidad, principalmente debida al retraso en su diagnóstico.

La presentación clínica es variable aunque la manifestación más frecuente es un cuadro suboclusivo intermitente en relación con la progresión distal del cálculo por el intestino. Habitualmente se produce por la creación de una fístula colecisto-entérica secundaria a la inflamación crónica y erosión que produce la colelitiasis sobre la pared de la vesícula biliar, con posterior migración del cálculo al tracto digestivo. En la radiografía simple de abdomen es característica la triada de Rigler (asas de intestino delgado dilatadas, aerobilia y litiasis biliar ectópica), aunque existen otros signos radiológicos de sospecha como el cambio de localización de una litiasis conocida previamente o la presencia de gas en la vesícula biliar. No obstante, esta triada sólo aparece en el 15% de los casos y la TC es la técnica diagnóstica de imagen de elección, ya que presenta una sensibilidad y especificidad cercanas al 100% y permite establecer la presencia de obstrucción, su localización, e identificar y localizar el cálculo causante. También permite descartar complicaciones y la presencia de otros cálculos. La mayoría de los cálculos

sintomáticos presentan un tamaño superior a 2,5 cm y suelen localizarse en el íleon terminal, en la proximidad de la válvula íleo-cecal, aunque pueden encontrarse en cualquier localización del tubo digestivo. La mayoría presentan calcificación, característicamente periférica; en ausencia de calcificación pueden pasar desapercibidos porque presentan una atenuación similar al líquido y en este caso puede ser útil la visualización de gas en el interior del cálculo. El tratamiento depende del riesgo quirúrgico del paciente y consiste en enterotomía con extracción del cálculo y colecistectomía y reparación de la fistula colecisto-entérica en el mismo acto quirúrgico o en un segundo procedimiento.

CONCLUSIÓN

Hay que mantener un alto grado de sospecha de íleo biliar en pacientes mayores de 65 años con antecedentes de colelitiasis y colecistopatía crónica y aparición de datos clínicos sugerentes de obstrucción intestinal, ya que un diagnóstico precoz mejora el pronóstico de estos pacientes.



a. Fistula colecisto-duodenal. Gas en la vesícula biliar (flecha) y continuidad de la vesícula con la segunda porción del duodeno (cabeza de flecha) b. Cálculo de colesterol en asa de íleon proximal, con atenuación similar al líquido pero con gas en su interior que facilita su localización (flecha) c. Dilatación de asas de intestino delgado hasta el cálculo en íleon proximal (flecha blanca) y cambios inflamatorios en la vesícula biliar y tejidos blandos adyacentes (flecha negra)

Mujer de 92 años con hallazgos de íleo biliar en TC urgente realizada en fase portal tras la administración de civ.

BIBLIOGRAFÍA

- Martín-Pérez J, et al. El íleo biliar como causa de abdomen agudo. Importancia del diagnóstico precoz para el tratamiento quirúrgico. Cir Esp 2013; 91(8):485-489.
- Patel NB et al. Multidetector CT of emergent biliary pathologic conditions. Radiographics. 2013;33(7):1867-88.
- Chang L, Chang M, Chang HM, Chang AI, Chang F. Clinical and radiological diagnosis of gallstone ileus: a mini review. Emerg Radiol. 2018 Apr;25(2):189-196.
- Artioli G, Muri M, Praticò FE, Marcantoni EA, Gazzani SE, Lana S, Bacchini E, Capretti G, Muri M, Torri T. Gallstone ileus: literature review. Acta Biomed [Internet]. 2016 Jul. 28 ;87(3 - S):40-4.