

Caso	(612) Una causa infrecuente de obstrucción mecánica intestinal
Autores	Alberto Hermoso Torres, Carmen Martínez Huertas, Antonio José García Sánchez, Sara Sánchez Talavera, Marta Herruzo Rivas.
Centro	Complejo Hospitalario De Jaén

EXPOSICIÓN DEL CASO

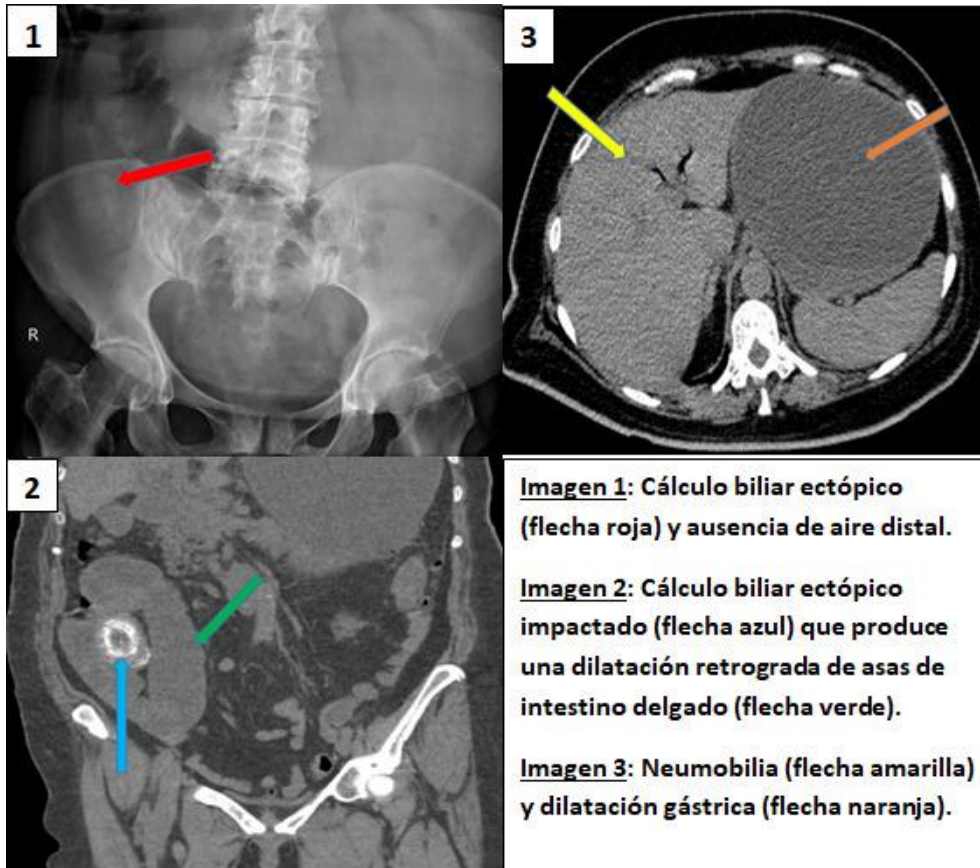
Paciente mujer de 59 años que acude al servicio de urgencias por segunda vez en cinco días presentando dolor abdominal difuso, vómitos, estreñimiento y mal estado general. Como antecedentes personales destaca colecistitis aguda litiásica tratada con antibioterapia. A la exploración muestra un abdomen globuloso y dolor abdominal de predominio en hipocondrio derecho. En la analítica sanguínea destaca un aumento de los reactantes de fase aguda. Como prueba inicial se realiza radiografía de abdomen donde destaca ausencia de gas distal, sin apreciarse dilatación de marco cólico y una imagen redondeada de alta densidad superpuesta a hueso ilíaco derecho, de carácter inespecífico. Ante el empeoramiento clínico de la paciente se realiza ecografía la cual no es concluyente y se amplía el estudio mediante TC abdomino-pélvico sin la administración de contraste intravenoso por cifras elevadas de creatinina, visualizando en segmento medio del intestino delgado una imagen redondeada de densidad calcio compatible con litiasis biliar ectópica enclavada que condiciona una obstrucción retrógrada así como aerobilia. Hallazgos que conforman la triada de Rigler estableciéndose el diagnóstico de íleo biliar.

DISCUSIÓN

El íleo biliar se trata de una obstrucción mecánica intraluminal por impactación de cálculos biliares. Es una complicación rara de la colecistitis crónica litiásica y ocurre cuando el cálculo (habitualmente >2,5cm) produce una fistula colecistoentérica (75% colecistoduodenal). La localización de la impactación más frecuente es en íleon terminal y la válvula ileocecal al ser la parte más estrecha del intestino delgado (aproximadamente 50-70%). Representa del 1-4% de las oclusiones intestinales y afecta con mayor frecuencia a mujeres pacientes de edad avanzada. El curso clínico es insidioso y con frecuencia no se presentan signos específicos de la enfermedad, lo que complica el diagnóstico. Puede existir dolor abdominal, náuseas, vómitos, distensión y dolor abdominal. Los hallazgos radiológicos se basan en identificar los signos clásicos de la triada de Rigler, que la conforman la neumobilia o gas en la vesícula biliar, la obstrucción intestinal y la litiasis ectópica en la zona de transición. La TC es la prueba con una mayor sensibilidad y especificidad para detectar estos hallazgos, además puede descartar otras causas de obstrucción y evidenciar la presencia de complicaciones. Para su tratamiento la técnica quirúrgica más frecuente suele ser la colecistectomía con cierre de la fistula bilioentérica y la enterolitotomía con extracción del cálculo.

CONCLUSIÓN

El íleo biliar es una causa poco frecuente pero grave de obstrucción intestinal mecánica, que dada su clínica inespecífica e insidiosa suele tener un retraso en el diagnóstico, por lo que debemos sospecharla en pacientes de edad avanzada con clínica de obstrucción intestinal y antecedentes personales de colelitiasis. Su diagnóstico se establece mediante técnicas de imagen observando los signos clásicos de la triada de Rigler.



BIBLIOGRAFÍA

Beatriz Marengo-de la Cuadra, José Antonio López-Ruiz, Luis Tallón-Aguilar, José López-Pérez, Fernando Oliva-Mompeán. Colonic gallstone ileus: A rare cause of intestinal obstruction. *Cirugía y cirujanos*. 2017;85 (5):440-443. DOI: 10.1016/j.circen.2017.11.005.

M.M. Ramírez-Ramírez a, E. Villanueva-Saenz b y G. Zubieta-O'farril. Rigler's triad in gallstone ileus: a rare form of bowel obstruction. *Revista de gastroenterología de México*. 2016;81 (2):103-104. DOI: 10.1016/j.rgmxen.2016.02.005.

Fernández del Castillo Ascanio M. Unusual gallstone ileus. *Radiología* 2012;54 (4):375-6. DOI: 10.1016/j.rx.2010.12.012.