

Caso	(645) Asas dilatadas y aerobilia: no todo el monte es oregano
Autores	Elena Diez Lasheras, Andrea Valero Macia, Leire Altuna Mongelos, Klara Zabala Antxia , Jose A Padilla Prada, Naroa Serrano Usaola
Centro	Hua

EXPOSICIÓN DEL CASO

Mujer de 95 años con antecedentes de colelitiasis. Acude a Urgencias por dolor en hipocondrio derecho. Solicitan ecografía para descartar colecistitis aguda. Previamente se había realizado una Rx simple, en la que se visualizaban asas de intestino delgado dilatada en hemiabdomen izquierdo.

Se realiza la ecografía, visualizándose aerobilia y no pudiendo localizar claramente la vesícula. Con los antecedentes de colelitiasis, la aerobilia y las asas dilatadas en la Rx, se decide realizar TC abdominopélvica para descartar íleo biliar.

En la TC se confirma la presencia de aerobilia y de gas en la vesícula biliar, no identificándose imágenes de colelitiasis en su luz y objetivándose contacto de la pared de la vesícula con el duodeno. Hallazgos sugestivos de fístula colecistoduodenal.

Se confirma también la presencia de asas de yeyuno e íleon dilatadas, encontrándose el íleon terminal colapsado. Hallazgos que siguen orientando a un posible íleo biliar.

Pero al seguir las asas no se visualiza ninguna litiasis como causa de la obstrucción. En cambio, se observa una agrupación de asas en el hipocondrio/flanco derecho con edema del mesenterio e ingurgitación de sus vasos y se objetivan 2 imágenes de cambio brusco de calibre adyacentes. El diagnóstico fue de obstrucción intestinal en asa cerrada.

DISCUSIÓN

Está claro que la orientación clínica es fundamental a la hora de realizar un diagnóstico. Y también que tenemos que tener en cuenta todos los hallazgos de las pruebas de imagen para hacernos una composición global de la situación del paciente y para llegar al diagnóstico correcto.

Pero también es verdad que a veces los hallazgos que vamos encontrando nos pueden dar pistas falsas o datos que nos pueden confundir. En este caso la orientación clínica tenía sentido. Dolor en hipocondrio derecho con alteración analítica en una paciente de edad avanzada con antecedentes de colelitiasis, orienta a una colecistitis. Las asas de delgado dilatadas en la Rx podían estar en relación con un íleo reactivo. La aerobilia y el aire en la vesícula, así como la ausencia de litiasis en la luz vesicular, el contacto de la vesícula y el duodeno y la dilatación de asas de delgado orientan a un íleo biliar, porque son los datos típicos. La sospecha radiológica inicial era correcta.

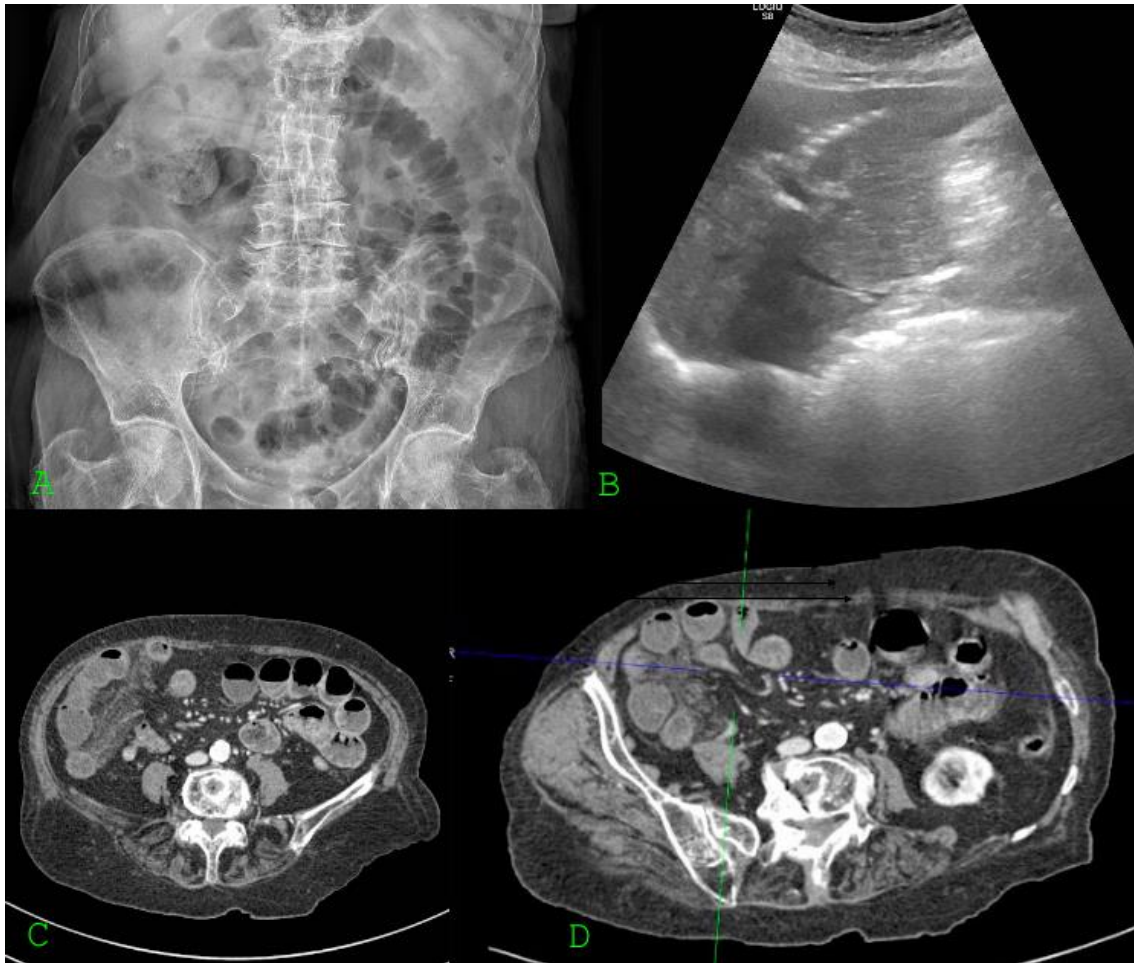
Pero la realidad es que no se trataba de un íleo biliar. Probablemente la paciente hizo la fístula colecistoduodenal hace tiempo y expulsó la coledocistitis con las heces sin que le produjera ninguna obstrucción. Posteriormente una brida le ocasionó la obstrucción en asa cerrada en el flanco derecho, con datos de sufrimiento de asas: edema del mesenterio e ingurgitación de vasos con discreta cantidad de líquido libre perihepático y en pelvis y con realce parietal disminuido en las asas entre los cambios bruscos de calibre.

Una vez más nos viene a la mente aquello de que "no hay que dejar que el árbol te impida ver el bosque".

La cirugía confirmó que se trataba de una obstrucción intestinal en asa cerrada con sufrimiento de asas, que precisó resección de aproximadamente un metro de intestino.

CONCLUSIÓN

A la hora de realizar un diagnóstico es fundamental que tengamos en cuenta todos los datos de los que dispongamos. Tanto la orientación clínica como la analítica y los hallazgos de todas las pruebas de imagen en su conjunto, nos van a orientar al diagnóstico. Aunque a veces los datos pueden ser confusos inicialmente, un concienzudo análisis de todas las imágenes, nos ayudará a realizar un correcto diagnóstico.



A) Rx simple en la que se visualizan asas de delgado dilatadas en el hemiabdomen izquierdo. B) Ecografía abdominal en que se objetiva aerobilia. C) TC axial en el que se visualizan asas de intestino delgado dilatadas. En el flanco derecho además se objetiva una agrupación de asas con edema e ingurgitación de los vasos del mesenterio. D) TC axial-oblicuo en el que se visualizan los 2 puntos de cambio brusco de calibre sugestivos de obstrucción en asa cerrada

BIBLIOGRAFÍA

-Zins M, Millet I, Taourel P. Adhesive Small Bowel Obstruction: Predictive Radiology to Improve Patient Management; Radiology 2020; 296:480-492; <https://doi.org/10.1148/radiol.2020192234>

-Carnevale A, Motta L, Labaj O. Rolling in the Deep: Imaging Findings and Diagnostic Pearls in Gallstone Ileus; Surgery Research and Practice 2020, Article ID 1421753, <https://doi.org/10.1155/2020/1421753>