

Caso	(067) Obstrucción por íleo biliar
Autores	Marc Aparisi Pons, Lombao Gracia P ; Mogort Martínez J; Biosca Calabuig C; Salhab Ibáñez N; Cabrera Pérez B.
Centro	Hospital Clínico Universitario De Valencia

EXPOSICIÓN DEL CASO

Varón de 55 años con antecedentes de VHC, VHB y VIH. En seguimiento en consultas de hepatología por cirrosis compensada y de infecciosas por VIH. En ecografías de cribado de CHC se observa hígado con estigmas cirróticos y colelitiasis sin signos de complicación.

Acude al servicio de urgencias por dolor abdominal y elevación de RFA.

Se realiza ecografía de urgencias para valorar foco abdominal (episodio de descompensación cirrótico etc...) donde se objetiva dilatación generalizada de asas y se completa la exploración con la realización de TC abdominal y pélvico tras CIV.

En la imagen superior izquierda se objetiva colelitiasis en infundíbulo vesicular en un control de hepatopatía realizado 2 meses antes del cuadro actual.

En la imagen superior derecha se objetiva neumobilia en vesícula, por presencia de fístula bilioentérica y paso retrogrado de aire.

En las dos imágenes inferiores se objetiva presencia de colelitiasis en íleon terminal que provoca cuadro obstructivo y neumobilia retrograda (axial y coronal respectivamente).

Todo ello hallazgos en relación con migración de la litiasis infundibular e impactación de la misma en íleon terminal. Diagnóstico de íleo biliar.

DISCUSIÓN

El íleo biliar es una causa poco frecuente de cuadro obstructivo (1-4% de las obstrucciones en población adulta) causado por la impactación de una litiasis biliar en asas de intestino delgado, generalmente íleon terminal. Se debe a la presencia de una fístula bilioentérica, más frecuentemente colecistoduodenal.

Una triada clásica aunque poco frecuente de este cuadro es la de Rigler, visualizada mediante Rx simple de abdomen (dilatación de asas de intestino delgado, neumobilia y presencia de litiasis biliar en localización ectópica).

Los pacientes suelen tener historial de múltiples episodios de dolor en hipocondrio derecho, muchos de ellos con presencia de colelitiasis aparentemente no complicada. Todo ello favorece la presencia de inflamación crónica en dicha localización y la aparición de la fístula bilioentérica responsable del cuadro.

La TC es una prueba excelente para su diagnóstico, no requiriendo de más pruebas complementarias en la mayoría de sus casos (S 93% y E 99%).

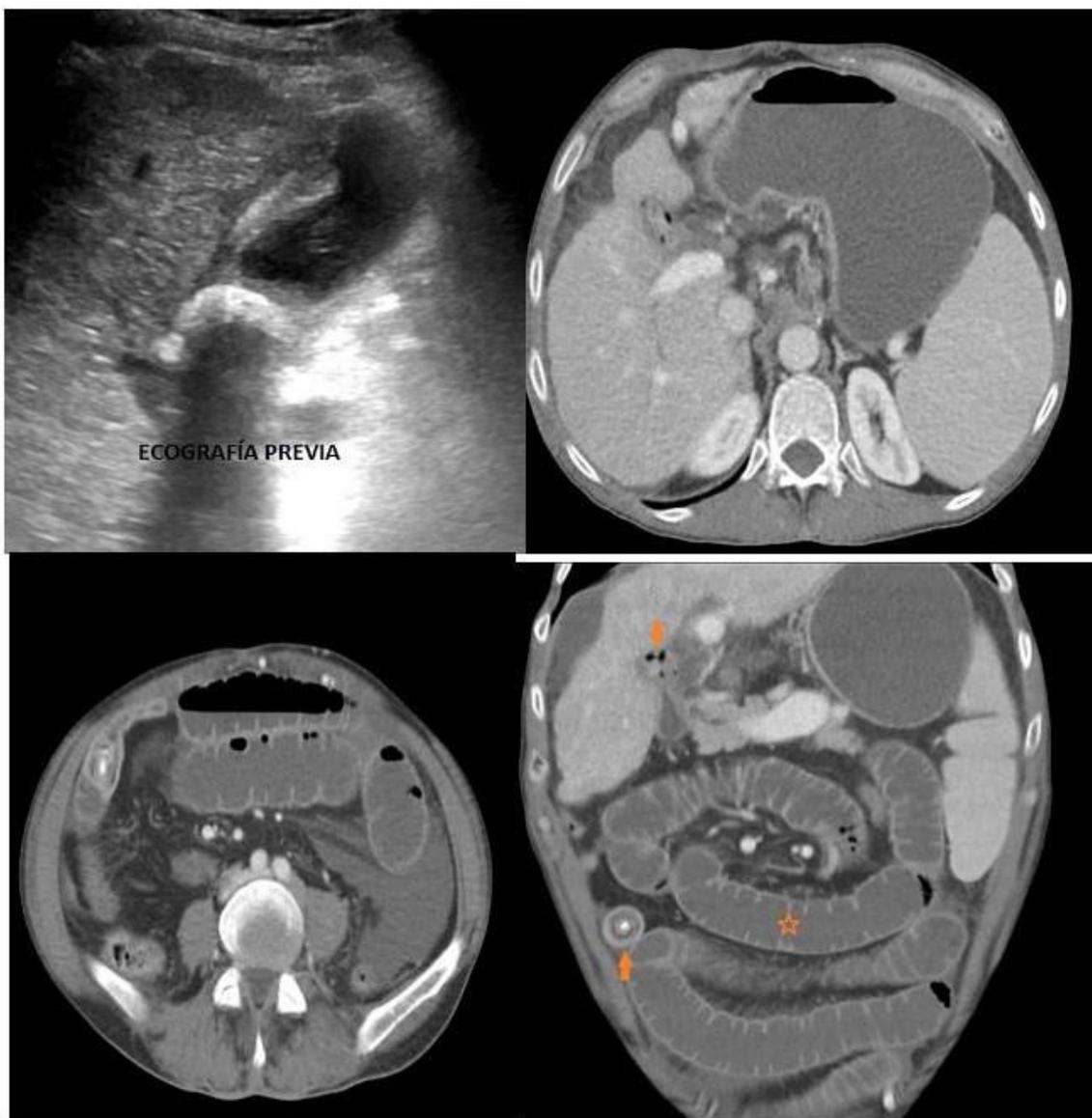
El diagnóstico diferencial incluiría obstrucción intestinal de delgado por otras causas, neumobilia de etiología distinta y calcificaciones groseras abdominales asociadas a cuadro obstructivo.

El tratamiento de elección suele ser la enterolitotomía .

CONCLUSIÓN

El íleo biliar es una causa infrecuente de obstrucción intestinal en la población adulta, no obstante debemos tenerlo presente en cuadros obstructivos con pacientes con antecedentes de colelitiasis.

La presencia de neumobilia es un signo característico que nos debe hacer sospechar de este cuadro.



Flecha hacia arriba (litis impactada). Flecha hacia abajo (neumobilia). Estrella (dilatación generalizada de asas).

BIBLIOGRAFÍA

-El íleo biliar como causa de abdomen agudo. Importancia del diagnóstico precoz para el tratamiento quirúrgico | Cirugía Española [Internet]. Elsevier.es. 2021 [cited 8 June 2021]. Available from: <https://www.elsevier.es/es-revista-cirugia-espanola-36-epub-S0009739X13001395>.