

<b>Caso</b>	(099) Una etiología clásica de obstrucción intestinal: Íleo biliar
<b>Autores</b>	Carlos Alberto Marichal Hernández, Mónica Fernández Del Castillo Ascanio, Pilar Nímar Núñez Vila, Areúsa Porras Hernández, Fernando Monteverde Hernández
<b>Centro</b>	Hospital Universitario Nuestra Señora De Candelaria

## EXPOSICIÓN DEL CASO

Mujer de 82 años que acude al Servicio de Urgencias por vómitos.

Antecedentes: Fumadora. HTA. Herniorrafia en la infancia de hernia de pared abdominal.

Enfermedad Actual: Refiere que desde hace una semana tras una comida copiosa empezó con dolor abdominal cólico tras las comidas en hemiabdomen superior, tiene dolor retroesternal y reflujo. Sin fiebre. Vómitos en las últimas 24 horas, biliosos. No pérdida de peso. Última deposición ayer en la mañana. Expulsa gases.

Exploración Física General: C y O. BEG. Afebril, estable. Abdomen: blando, depresible, no dolor a la palpacion, no masas no hernias palpables.

Analíticas: PCR 2, Hb 15, L 16300.

Radiografía de abdomen: dilatacion de asas de delgado, con aire en colon derecho.

Con la sospecha de cuadro obstructivo se realiza TC de abdomen y pelvis con contraste i.v., demostrándose una dilatación de asas de intestino delgado hasta el íleon terminal, objetivando litiasis a dicho nivel, con colapso del íleon distal a ésta. Asimismo se demuestra la presencia de una fístula colecistoduodenal y aereobilia secundaria.

Diagnóstico: íleo biliar.

## DISCUSIÓN

La obstrucción del intestino delgado por la impactación de cálculos biliares es una entidad patológica observada con frecuencia en pacientes de edad avanzada con antecedentes de colelitiasis o colecistitis.

La imagen ha jugado un papel importante en el diagnóstico y tratamiento de pacientes con sospecha de íleo biliar.

Su diagnóstico ha cambiado radicalmente desde una sospecha a un diagnóstico certero, desde la radiografía simple de abdomen, pasando por la ecografía, el TC, e incluso ocasionalmente la RM.

Se deben considerar algunas cuestiones relacionadas con el íleo biliar: una de ellas es la posibilidad de recurrencia, lo que aumenta el riesgo operatorio en estos pacientes. La recurrencia puede deberse a la presencia de cálculos pasados por alto, que ya estaban en el intestino en el momento de la cirugía pero no fueron

identificados y retirados en el acto operatorio, o bien a la migración de otras litiasis en pacientes no previamente colecistectomizados.

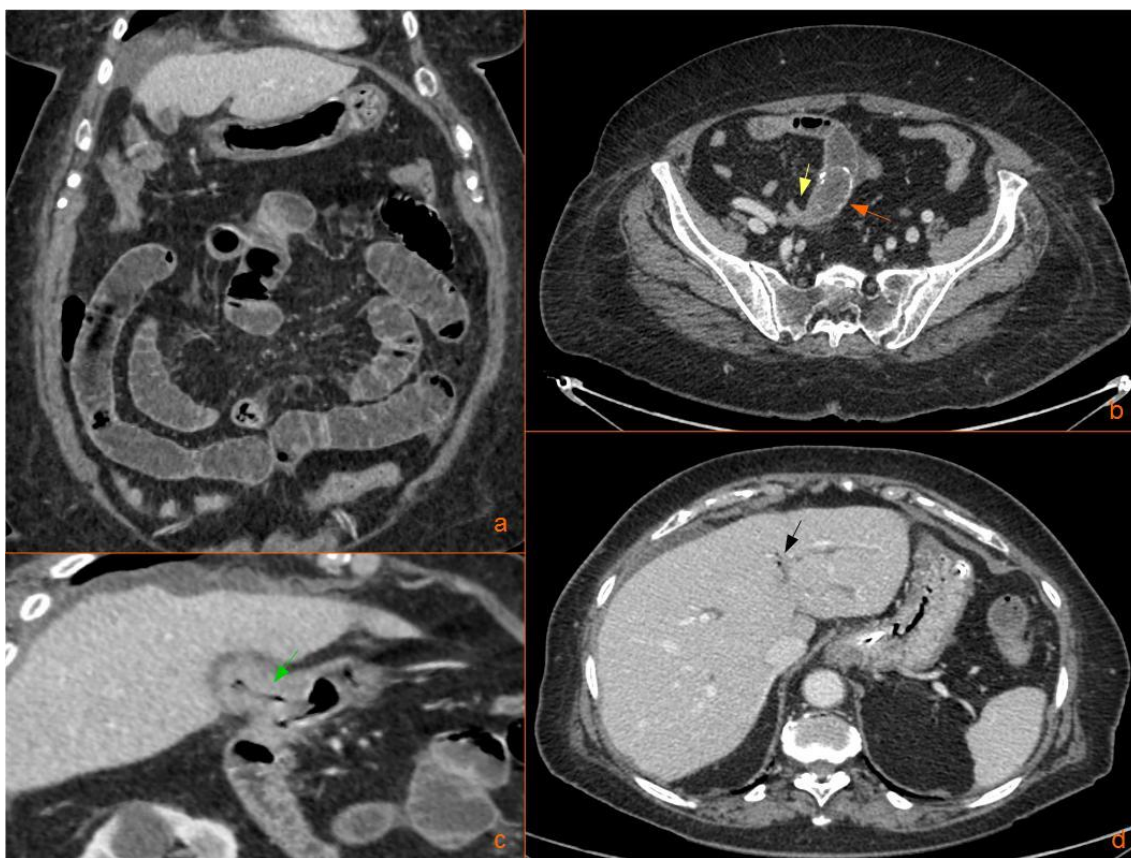
Aunque la radiografía de abdomen puede mostrar niveles hidroaéreos y la dilatación del asas intestinales como signos de obstrucción. Raramente puede demostrar la presencia de la litiasis y la aerobilia que permitan sospechar el cuadro de íleo biliar.

La ecografía es más efectiva para revelar patología biliar, pero es la TC la que permite diagnosticar correctamente el íleo biliar, con mucha mayor precisión, identificando los cálculos biliares (su número, tamaño y ubicación), la dilatación de asas y el lugar de obstrucción intestinal. Además permite una demostrar la presencia de una fístula entre la vesícula y el tracto intestinal.

Por todo ello ayuda a los cirujanos en el manejo terapéutico.

## CONCLUSIÓN

El Radiólogo General debe conocer esta entidad, que aunque se ha estudiado como una causa clásica de obstrucción sigue estando en la actualidad en los informes radiológicos. Pudiendo facilitar a los cirujanos la planificación quirúrgica, tanto describiendo el número, tamaño y localización de los calculos como la presencia y localización de la fístula bilio-entérica.



*TC de abdomen y pelvis con contraste i.v. en fase portal: cortes axiales (b y d), reconstrucción coronal (a) y plano curvo (c), donde se observa una dilatación difusa de asas intestinales, con una litiasis como causa de la misma (flecha naranja), con colapso del íleon distal (flecha amarilla). Asimismo se observa aerobilia (flecha negra) y la presencia de una fístula colecistoduodenal (flecha verde).*

## **BIBLIOGRAFÍA**

Lassandro F, Gagliardi N, Scuderi M, et al. (2004) Gallstone ileus analysis of radiological findings in 27 patients. *Eur J Radiol* 50:23-29

Lassandro F, Romano S, Ragozzino A, et al. (2005) Role of helical CT in diagnosis of gallstone ileus and related conditions. *AJR* 185:1159-1165