

Íleo biliar. Revisión de nuestra casuística (11 casos)

L.C. Capitán, F. Fernández, M. Vaquero, Y. López, J.M. Pacheco, A. Nogales, A. Galnares, J.M. Ortega y J. Cantillana
Servicio de Cirugía General y Digestiva (Prof. J. Cantillana Martínez). Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla.

Resumen

Se presenta un estudio retrospectivo de 11 casos de íleo biliar diagnosticados y tratados en el Servicio de Urgencias de Cirugía General del Hospital Universitario Virgen Macarena de Sevilla en el período comprendido entre enero de 1987 y diciembre de 1992. Se han valorado los antecedentes personales, el tiempo transcurrido desde el inicio de los síntomas, el cuadro clínico, los resultados analíticos y de radiología, el tiempo transcurrido hasta la intervención, los hallazgos operatorios y la técnica quirúrgica, la evolución postoperatoria y las complicaciones.

Se destacan la importancia de la aerobilia en el diagnóstico radiológico del proceso, así como los datos ecográficos característicos. Se hace hincapié en el tratamiento precoz de la oclusión y secundariamente de la fístula biliodigestiva, discutiendo en último lugar las complicaciones de la enfermedad.

Palabras clave: Íleo biliar. Obstrucción intestinal. Fístula biliodigestiva.

BILIARY OBSTRUCTION. REVIEW OF OUR EXPERIENCE (11 CASES)

A retrospective study is presented of 11 cases of biliary obstruction diagnosed and treated in the General Surgery Emergency Room of Hospital Universitario Virgen Macarena in Sevilla between January 1987 and December 1992. The aspects assessed included personal history, time elapsed since onset of symptoms, clinical picture, analytical and radiological results, time elapsed until surgery, intraoperative findings, surgical technique, postoperative course and complications.

The importance of aerobilia in the radiological diagnosis of the process is pointed out, as is the characteristic ultrasonographic data. Emphasis is placed on the benefits of early treatment of the occlusion and, secondly, on the bilioenteric anastomosis. Finally, the complications of the disease are discussed.

Key words: Biliary obstruction. Intestinal obstruction. Bilioenteric anastomosis.

Introducción

El íleo biliar consiste en una oclusión intestinal causada por la impactación de uno o más cálculos de origen biliar en la luz intestinal. Fue descrito por primera vez en 1645 por Bartholin, en el curso de una autopsia y en 1890 Courvoisier publicó una serie de 131 casos; desde entonces, se han hecho numerosas revisiones, aunque con una casuística más bien escasa debido a su baja frecuencia.

Es una rara causa de obstrucción intestinal, con una incidencia baja y un cuadro muy inespecífico, que suele ocasionar un retraso diagnóstico y terapéutico que empeoran el pronóstico de los pacientes. Supone la necesidad de una intervención quirúrgica urgente, estando aún no resuelta la controversia de tratar sólo la obstrucción o resolver al mismo tiempo el problema biliar causante del cuadro.

Pacientes y métodos

Hemos realizado un estudio retrospectivo de los casos de íleo biliar diagnosticados y tratados en el Servicio de Urgencias de Cirugía General del Hospital Universitario Virgen Macarena de Sevilla durante un período de 6 años, entre enero de 1987 y diciembre de 1992.

En la revisión efectuada se han valorado los siguientes parámetros: antecedentes personales, edad, sexo, tiempo transcurrido desde el inicio de los síntomas, cuadro clínico, resultados analíticos, de radiología y ecográficos, tiempo transcurrido hasta la intervención, hallazgos y técnica quirúrgica, evolución postoperatoria y complicaciones.

Resultados

Durante los 6 años del estudio han sido intervenidos 11 casos de íleo biliar. Los pacientes eran 10 mujeres y un varón, con edades comprendidas entre 54 y 87 años, siendo la media 66,27 años; sus antecedentes personales y enfermedades asociadas se detallan en la tabla 1.

Correspondencia: Dr. L.C. Capitán Morales.
Residencial Milanos, 3.ª fase, casa 11. 41020 Sevilla.

Aceptado para su publicación el 15 de diciembre de 1994.

TABLA 1. Antecedentes personales y enfermedades asociadas

	N.º de casos
Antecedentes personales	
Litiasis biliar diagnosticada previamente	5
Cólicos biliares de repetición	4
Pancreatitis aguda	3
Colecistectomía	1
Íleo biliar*	1
Enfermedades asociadas	
Diabetes mellitus	6
Hipertensión arterial	5
Cardiopatía isquémica	4
Fibrilación auricular y lesión mitral	1
Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	1

*Una enferma había sido intervenida 6 meses antes en otro centro hospitalario por el mismo motivo.

El tiempo medio transcurrido desde el inicio del cuadro hasta el ingreso hospitalario fue de 2,9 días, oscilando entre 6 h y 7 días.

Todos los pacientes presentaron dolor abdominal, generalmente de inicio suave y curso progresivo, de tipo cólico y con una localización variable: generalizado por todo el abdomen en la mayoría, 7 enfermos, o en hemiabdomen superior en 2 casos y en hipocondrio derecho en otros dos.

Tres enfermos ingresaron con un cuadro de obstrucción intestinal completa, presentando el resto un síndrome de suboclusión intestinal. Cuatro tenían síntomas de deshidratación, presentando dos de ellos estado de shock.

En la exploración física se observó distensión abdominal en 9 pacientes, timpanismo en ocho y alteraciones del peristaltismo intestinal en todos. Sólo en 2 enfermos había contractura abdominal en hemiabdomen superior, no habiendo en ninguno signos de irritación peritoneal. También en 2 casos se observó la presencia de ictericia mucocutánea.

Al igual que los datos clínicos, los analíticos son inespecíficos, siendo el hallazgo más frecuente la leucocitosis con neutrofilia, que se presentó en 8 enfermos. En 6 casos había hiperglucemia, en cuatro alteraciones hidroelectrolíticas correspondientes a los cuadros de deshidratación y uremia en 3 casos. Sólo en 2 enfermos había hiperbilirrubinemia, coincidiendo con los dos que presentaban ictericia.

En la radiología simple de abdomen aparecen en 9 enfermos signos de obstrucción de intestino delgado (dilatación de asas intestinales y niveles hidroaéreos), en 3 casos se observa aerobilia (fig. 1) y en otros tres se detectó una imagen litiásica radiopaca, presumiblemente intraluminal.

En un enfermo se estableció el diagnóstico mediante la realización de un tránsito intestinal baritado, en el que se observó una imagen de defecto de repleción en el sitio de la obstrucción y que demostró, además, la existencia de una comunicación biliodigestiva, al apreciarse paso de contraste a la vía biliar (figs. 2a y b).

La ecografía abdominal se realizó en 4 casos, estableciéndose de esta forma la confirmación diagnóstica, al observarse, junto a la dilatación de asas de intestino delgado, la existencia de una imagen redondeada hiperecogénica en situación intraluminal.

El tiempo medio transcurrido desde el ingreso del enfermo hasta la intervención quirúrgica fue de 5,7 días, aunque descartando 2 casos que se demoraron excepcionalmente por motivos

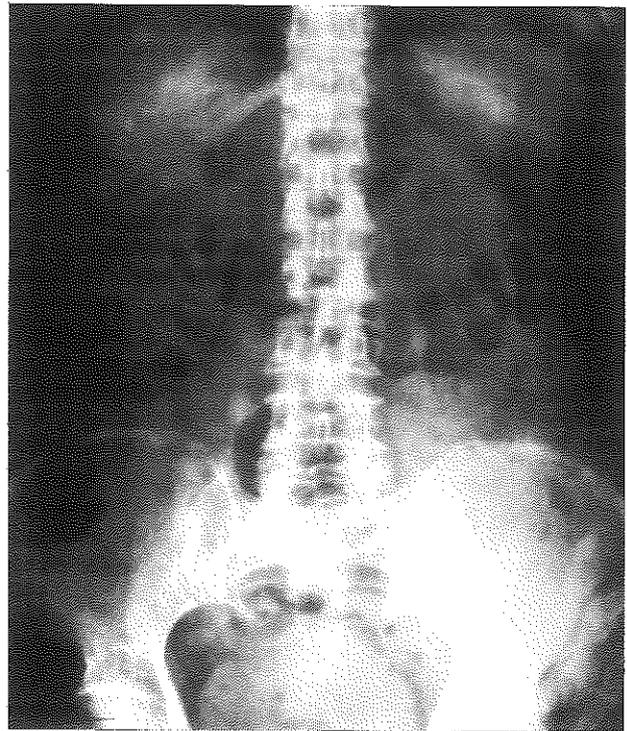


Fig. 1. Radiología simple de abdomen con distensión intestinal y aerobilia.

particulares (27 y 12 días, respectivamente) este plazo queda reducido a una media de 2,11 días para los otros 9 enfermos.

Todos los enfermos fueron intervenidos, ya que en ninguno se resolvió el cuadro de forma espontánea. Los cálculos extraídos en el acto operatorio tenían entre 3 y 6 cm de diámetro. En 9 casos, el cálculo hallado era único, aunque en 2 enfermos se encontró un segundo cálculo al revisar el resto del tubo digestivo. El sitio más frecuente de obstrucción fue el íleon distal, en 7 casos, encontrándose otros 2 cálculos impactados a la altura de la válvula y 5 cálculos en yeyuno. No se encontraron piedras gástricas, duodenales o cólicas. La comunicación biliodigestiva sólo se pudo localizar en 4 casos, siendo en todos ellos colecistoduodenal. No hubo ningún caso de perforación intestinal ni de peritonitis.

A todos los enfermos se les practicó enterotomía longitudinal y extracción del cálculo, revisándose el resto de las asas intestinales para excluir la presencia de otros posibles cálculos, que se encontraron en dos ocasiones. No fue necesaria en ningún enfermo la realización de resección intestinal. Tampoco en ningún caso se realizó exploración instrumental o radiológica de la vía biliar ni reparación de la fistula biliodigestiva.

Las complicaciones postoperatorias son variadas y se describen en la tabla 2. Sólo 4 enfermos no presentaban ninguna, a pesar de lo cual la evolución ha sido satisfactoria en líneas generales y no ha habido ningún fallecimiento.

Discusión

El íleo biliar es una rara complicación de la litiasis biliar, que se presenta en menos del 1% de los pacientes afectados de esta enfermedad¹⁻³; en nuestra serie había hasta un 45% de enfermos

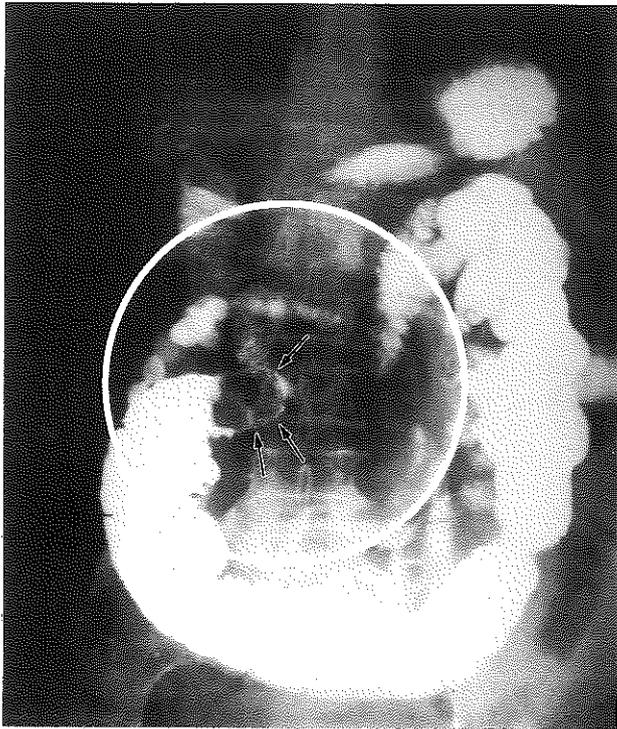


Fig. 2a. Tránsito intestinal baritado en el que se demuestra defecto de repleción en el intestino delgado (cálculo biliar).

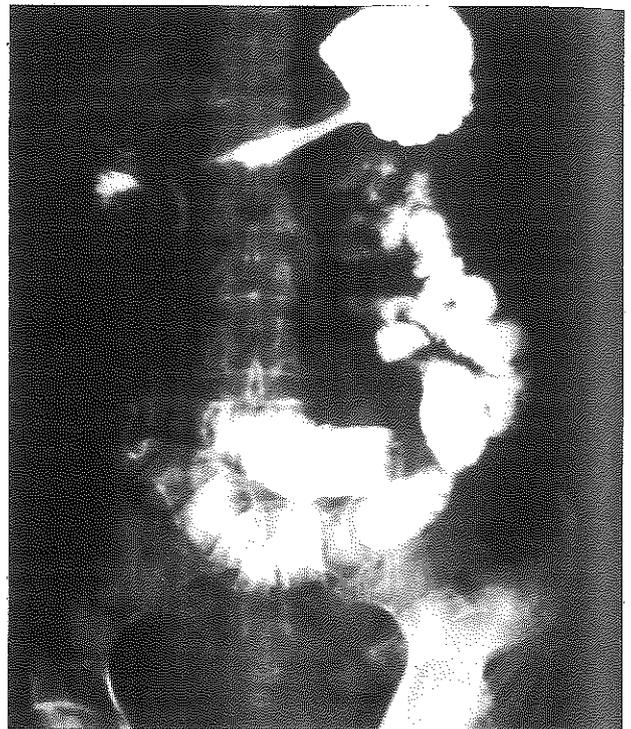


Fig. 2b. Tránsito baritado con demostración de la comunicación biliodigestiva.

TABLA 2. Complicaciones postoperatorias

	N.º de casos
Seroma en herida operatoria	2
Isquemia subendocárdica asintomática	1
Neumonía basal derecha e insuficiencia respiratoria aguda	1
Insuficiencia renal aguda por necrosis tubular	1
Ileo paralítico prolongado y evisceración	1
Tromboembolismo de MID y amputación	1
Cistitis	1
Sepsis	1

diagnosticados previamente de litiasis biliar, aunque para otros autores, este porcentaje es del 10 al 22%^{4,6}.

Representa de un 1 a un 6% de los cuadros de obstrucción intestinal mecánica simple⁷. Este porcentaje aumenta con la edad de los pacientes, y llega a un 23,7% para enfermos mayores de 70 años⁷; de hecho, la edad media de presentación del cuadro suele estar entre los 65 y 75 años^{2,3}, aunque se conocen casos en edades mucho menores. Es por esto que los enfermos suelen presentar numerosas enfermedades asociadas que ensombrecen su pronóstico.

Es una patología que presenta un claro predominio en el sexo femenino, en una proporción que varía entre el 70 y el 90%^{2,8}, habiéndose descrito series en las que el 100% de los enfermos eran mujeres. Estos datos coinciden con los presentados por nosotros, con una edad media de 66,27 años y un porcentaje de mujeres del 90,9%.

El ileo biliar es debido a la existencia de una comunicación no fisiológica entre la vía biliar y el interior del tubo digestivo. La causa más frecuente es una fistula biliodigestiva, generalmente

colecistoduodenal^{3,4,6}, cuya formación suele pasar inadvertida, al ser interpretada como un cólico biliar o un episodio transitorio de colecistitis aguda, aunque a veces, cursa con melenas⁸; le siguen en frecuencia la fistula coledocoduodenal, colecistocólica y colecistogástrica³. En algunos casos, no es necesaria la formación de esta fistula, como en la patología del esfínter de Oddi o si ha realizado algún tipo de actuación quirúrgica previa sobre la papila^{5,6}.

Excepcionalmente se han recogido casos de ileo biliar en enfermos colecistectomizados (uno en nuestra serie), lo que ha llevado a algunos autores a pensar que pequeños cálculos formados en vías biliares dilatadas o en el colédoco podrían pasar al tubo digestivo, bien por una fistula o bien por la papila, donde actuarían como núcleo sobre el que se depositarían concreciones fecales o medicamentosas^{8,9}. También se han comunicado casos conocidos de litiasis duodenal primitiva⁹.

Sólo en el 1 al 15% de las fistulas biliodigestivas se produce el ileo biliar^{5,10}, ya que la mayor parte de los cálculos que pasan al tubo digestivo se vomitan o se expulsan por el ano^{8,11}; se acepta que para que un cálculo pueda producir una obstrucción intestinal su diámetro debe ser superior a 2,5 cm, a menos que exista previamente una estenosis intestinal de alguna otra causa, como sucede en la enfermedad de Crohn, diverticulosis, hernias, bridas, adherencias o neoplasias^{3,4,12}.

El punto de enclavamiento del cálculo suele ser el ileon terminal, debido a su menor calibre, a los movimientos antiperistálticos o a la resistencia que supone la existencia de la válvula de Bahuin a este nivel^{3,4,6}, aunque los cálculos también pueden enclavarse en el yeyuno o en el duodeno (síndrome de Bouvet). Si el cálculo atraviesa la válvula de Bahuin o la fistula es colecistocolónica raramente se producirá el cuadro, aunque se han recogido algunos de estos casos⁸.

El tiempo de evolución del cuadro y el nivel de la obstrucción determinan el cuadro clínico, clásicamente descrito como un episodio de cólico biliar más o menos típico que, tras un intervalo libre de síntomas, da lugar a un cuadro oclusivo o suboclusivo⁸, aunque no siempre se observa esta cronología (4 casos en nuestra serie).

El dolor abdominal suele ser atípico e inespecífico al principio, haciéndose cólico posteriormente y centrándose donde se detiene el cálculo. Se acompaña casi siempre de náuseas y vómitos (en nuestro caso, en todos los enfermos), tanto más abundantes y precoces cuanto más alto es el sitio de la obstrucción, pero que pueden faltar en los raros casos de obstrucción colónica. La oclusión intestinal puede ser completa o intermitente, en forma de episodios sucesivos de oclusión intestinal resueltos espontáneamente, y es conocida como síndrome de Karewsky⁶.

Debido a la avanzada edad de los pacientes y a la lenta instauración de los síntomas, suele transcurrir un tiempo considerablemente largo desde su inicio hasta el ingreso, que en nuestra serie fue de 2,9 días por término medio, aunque en otras referencias oscila entre 4 y 8 días^{6,8,13}, pudiendo llegar hasta 14 días¹³.

La exploración física revela los hallazgos comunes en otros cuadros de íleo mecánico, siendo frecuentes la distensión abdominal y el timpanismo (9 y 8 de nuestros enfermos, respectivamente), así como la presencia de ruidos hidroaéreos. Los signos de deshidratación dependen de lo evolucionado del cuadro. La presencia de ictericia en el 1 al 6% de los enfermos ha sido descrita por algunos autores^{3,5,8}. Otros hallazgos son más raros: irritación peritoneal, visualización del peristaltismo de lucha, palpación del cálculo a través del abdomen, recto o vagina, que no hemos observado en ningún caso.

Los hallazgos analíticos son tan inespecíficos como los clínicos, siendo frecuente la leucocitosis y especialmente graves las alteraciones hidroelectrolíticas en los casos más avanzados. En los casos de ictericia aparece también hiperbilirrubinemia.

Los signos radiológicos descritos por Rigler¹⁴ son de un indudable valor diagnóstico, aunque se presentan con distinta frecuencia: distensión de asas de intestino delgado y niveles hidroaéreos en primer lugar^{4,6,15}, seguidos de aerobilia^{13,16} y de imagen litiásica radiopaca^{17,18}, que puede cambiar de posición según los movimientos del enfermo. Estos datos coinciden con los que hemos observado y estamos también de acuerdo en admitir que en una revisión postoperatoria de las radiografías se descubren hallazgos que en un primer momento pasaron desapercibidos. No obstante, la presencia de aerobilia no es patognomónica, y puede aparecer también en infecciones de las vías biliares producidas por gérmenes productores de gas, atonía del esfínter de Oddi o intervenciones quirúrgicas previas sobre la papila⁶.

La ecografía abdominal es difícil de realizar si el paciente es obeso y tiene gran cantidad de gas retenido, pero en algunas ocasiones es de gran ayuda para establecer el diagnóstico al demostrar la existencia de una imagen hiperecogénica intraluminal y dilatación de asas, como ocurrió en cuatro de nuestros enfermos.

Las radiografías con contraste baritado se emplean muy escasamente, aunque son muy demostrativas del cuadro obstructivo y de la presencia de una parada intraluminal^{3,8}, pudiendo también poner de manifiesto la existencia de la fístula biliodigestiva al observarse paso de contraste al árbol biliar^{2,13}, como ocurrió en uno de nuestros pacientes, ya sea mediante tránsito gastro-

duodenal o ya sea mediante enema opaco, si la fístula se encuentra en el colon⁸.

Si el cálculo está muy proximal (síndrome de Bouveret) o muy distal, en el colon descendente, puede utilizarse la endoscopia digestiva para su visualización y, a veces, para su extracción^{8,13}.

A pesar de todo esto, el diagnóstico preoperatorio continúa siendo un reto, basado generalmente en la experiencia personal del cirujano; la presencia de una obstrucción intestinal en un enfermo de edad avanzada con antecedentes de litiasis biliar y dolor en hipocondrio derecho debe hacernos pensar en la posibilidad de un íleo biliar¹³. La proporción de enfermos en quienes se establece un diagnóstico preoperatorio correcto es muy variable, y oscila entre el 10% y el 76%⁸, aunque otros autores aportan cifras intermedias, entre el 30 y el 40%^{6,13}, que se acercan más a las nuestras (45,4%).

Además, hay que resaltar la importancia que tiene para el pronóstico del enfermo la realización de un diagnóstico y un tratamiento precoces, pues la mortalidad aumenta ampliamente si éstos se retrasan².

El tratamiento debe ser quirúrgico y lo más precoz posible, una vez corregido el estado hidroelectrolítico del paciente y controlada la patología asociada si existiera. Todos los autores consultados coinciden en que lo fundamental es el tratamiento de la oclusión y secundariamente la corrección de la fístula, si las condiciones locales y del paciente lo permiten. El tratamiento de elección es la enterotomía, la extracción del cálculo y la revisión del resto de asas intestinales para descartar la existencia de otros cálculos^{2,3,6,8,13}, como ocurrió en 2 enfermos de nuestra serie. De esta forma se evita la recidiva del síndrome, que se presenta entre un 8,7%¹³ y un 40%⁵. Nosotros sólo hemos observado un caso, lo que supone un 9%.

La actuación simultánea sobre la fístula biliodigestiva soluciona definitivamente la enfermedad biliar, suprime las recurrencias y evita las complicaciones infecciosas (colangitis o colecistitis) o neoplásicas^{3,6}, aunque sólo es recomendable si las condiciones locales y generales del paciente son muy favorables^{2,8,13,15}, pues en caso contrario puede elevar la mortalidad a cifras cercanas al 30%^{15,19}. El tratamiento de la enfermedad biliar puede ser realizado en un segundo tiempo a enfermos que presenten un buen estado general y accedan a ello o que presenten recurrencias o complicaciones posteriores¹³. La maniobra de Kapel (traspasar manualmente el cálculo a través de la válvula de Bahuin) no es aceptada en la actualidad^{2,6,16}, ya que puede lesionar la pared intestinal o provocar una obstrucción a la altura del colon.

La complicación más frecuente es la infección de la herida operatoria^{3,8,13,20} que apareció en dos de nuestros enfermos (18%). Clásicamente el íleo biliar ha estado gravado con un alto porcentaje de mortalidad, de entre el 33 y el 75%^{7,16,21}, debido más a las condiciones del enfermo que al propio íleo, aunque hoy día, los avances en los medios técnicos, el mejor conocimiento del problema y el diagnóstico más precoz han permitido que esta mortalidad sea nula en algunas series⁸, como en la nuestra.

Bibliografía

1. Martin F. Intestinal obstruction due to gallstones. *Ann Surg* 1912; 55: 725.
2. Barreiro F, Lorenzo ML, Mateo A, Mata A. Íleos biliares. *Rev Esp Enf Ap Digest* 1977; 51: 667-678.

3. Day EA, Marks C. Gallstones ileus, review of the literature and presentation of thirty four new cases. *Am J Surg* 1975; 129: 552-558.
4. De Vega D, Martínez C, Angulo F, Vaca D, Jerez L, Tamames S. Íleo biliar. *Rev Esp Enf Ap Digest* 1981; 59: 37-54.
5. Pérez JP, Martín R, Martínez MJ, Gombau M, Torres J, Grado A. Íleo biliar. Estudio de 23 casos. *Cir Esp* 1990; 48: 38-43.
6. González-Orus JM, Ortega LE, Sánchez R, Marín A, Montero J, Gómez A. Consideraciones sobre el íleo biliar. A propósito de 17 casos. *Cir Esp* 1988; 43: 674-680.
7. Brockis JG, Gilbert MC. Intestinal obstruction by gallstones: a review of 179 cases. *Brit J Surg* 1957; 44: 461-466.
8. Galera FJ, Illana J, Morcillo M. Íleo biliar. Revisión a propósito de 17 casos. *Rev Esp Enf Ap Digest* 1984; 64: 486-498.
9. Martínez M, Aomar B, Val A, Henarejos A. Íleo biliar. *Rev Quir Esp* 1980; 7: 309-319.
10. Raiford TS. Intestinal obstruction caused by gallstones. *Ann J Surg* 1962; 104: 383.
11. Glenn F, Reed C, Grafe WR. Biliary enteric fistula. *Surg Gynecol Obstet* 1981; 153: 527-531.
12. Highmann L, Jagelman G. Gallstone ileus complicating terminal ileus Crohn's disease. *Brit J Surg* 1981; 68: 201-202.
13. Gómez A, González MD, Pérez M. Íleo biliar. A propósito de 23 casos. *Cirugía Andaluza* 1992; 9: 128-132.
14. Rigler LG, Borman CM, Noble JF. Gallstone obstruction. Pathogenesis and roentgen manifestations. *JAMA* 1941; 117: 1.753.
15. Anderson RE, Woodward N, Diffenbaugh WG. Gallstone obstruction of the intestine. *Surg Gynec Obstet* 1967; 125: 540-548.
16. Fjermeros H. Gallstones ileus. Case reports and review of 178 cases from Scandinavia and Finland. *Acta Chir Scand* 1964; 128: 186-192.
17. Roig JV, Jou M, Aragón JM, Marote P, Mesero F. Íleo biliar. Revisión de la literatura. A propósito de 24 casos nuevos. *Cir Esp* 1980; 34: 310-317.
18. Caballero A, Rueda JC, Barros JL. Alternativas en el tratamiento quirúrgico del íleo biliar. *Cir Esp* 1989; 46: 818-825.
19. Artusi G, Etchebarne J, Artusi RC. Íleo biliar. *Prensa Med Argent* 1969; 56: 1.042.
20. Deckoff SL. Gallstone ileus: a report of 12 cases. *Ann Surg* 1955; 142: 52-65.
21. Sibilly A, Foucher G, Mathey B, Lecerf C, Fresnel PL. L'íleo biliar. Revue de la littérature a propos de 23 observations personnelles. *J Chir* 1971; 5: 449-464.