

Cartas al Director

Recidiva de íleo biliar

Palabras clave: Íleo biliar. Coelitis. Cirugía. Obstrucción intestinal.

Key words: Gallstone ileus. Cholelithiasis. Surgery. Small bowel obstruction.

Sr. Director:

Presentamos el caso de una mujer de 76 años que acudió de urgencia a nuestro hospital por dolor abdominal acompañado de náuseas y vómitos de un día de evolución. Se encontraba deshidratada, afebril, con palidez, sin ictericia y frialdad mucocutánea. Sin alteraciones relevantes del tránsito intestinal y sin afectación genitourinaria.

Como antecedentes personales presentaba diabetes mellitus insulino dependiente, coelitis, síndrome depresivo, obesidad e hipertensión arterial; y como antecedentes quirúrgicos fue intervenida dos años atrás por íleo biliar, extrayéndose un cálculo de íleon proximal y sin actuación posible sobre la vesícula biliar.

A la exploración física presentó dolor a la palpación en hipocóndrio derecho, con dolor difuso en epigastrio. El dolor no dependía en ese momento de la ingesta, pero había sufrido varios episodios de dolor cólico tras comidas copiosas en meses anteriores.

En la radiografía simple de abdomen no se observaron grandes alteraciones, ciertos niveles de intestino delgado aislados, y gran cantidad de heces y gas en todo el marco cólico. La analítica convencional de urgencias no detectó alteraciones, salvo en los electrolitos, fruto de la deshidratación ya comentada.

Se practicó una ecografía abdominal que no detectó coelitis ni algún otro tipo de alteraciones. El diagnóstico diferencial se realizó principalmente entre: a) bridas y adherencias, fruto del síndrome adherencial propio de toda intervención qui-

rúrgica; b) neoplasia intestinal (cáncer colorrectal, primera causa de obstrucción en pacientes de más de 50 años); c) hernia interna; d) vólvulo intestinal; e) íleo biliar; f) apendicitis aguda; g) diverticulitis aguda; y h) malformaciones intestinales (divertículo de Meckel), poco probable, ya que habría sido detectado en la intervención previa, etc.

Analizando los informes clínicos de la anterior intervención, se comentaba que se extrajo un cálculo de íleon proximal, permaneciendo en la vesícula biliar otro cálculo que no pudo ser tratado en la misma intervención por hallarse la zona con gran plastrón inflamatorio.

Con la sospecha clínica más que evidente de migración del segundo cálculo provocando otra vez un íleo biliar se practicó una TAC de urgencia que no realizó tal diagnóstico, pero sí se percibía la posibilidad de obstrucción intestinal alta por ligera distensión de asas de intestino delgado proximales a los extremos finales del yeyuno.



Fig. 1. Señalización en íleon terminal de la zona donde se encontraba el cálculo biliar provocando la obstrucción intestinal. Más arriba, se puede comprobar la zona intervenida 2 años antes, pudiéndose ver la sutura de la enterotomía realizada.

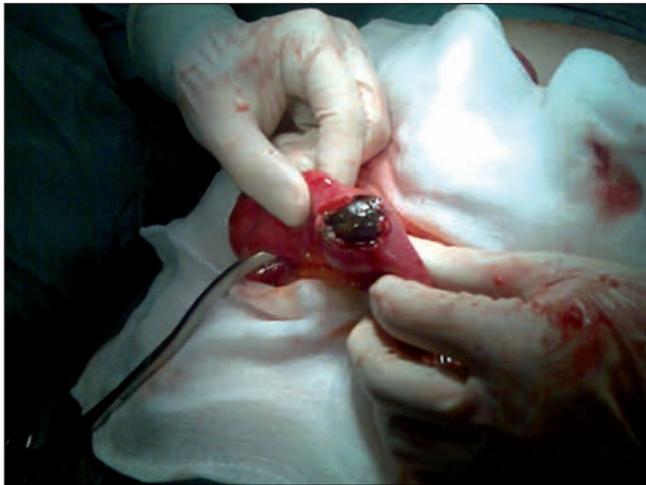


Fig. 2. Enterotomía y extracción del cálculo.

Se decidió intervención quirúrgica urgente, ya que no hubo mejoría clínica tras las primeras horas de tratamiento médico conservador, encontrándonos con un gran cálculo en yeyuno distal, provocando obstrucción intestinal alta (Fig. 1). Se extrajo por enterotomía, y se exploró el resto del intestino delgado y grueso (Fig. 2). La vesícula biliar no contenía ningún otro cálculo y la vía biliar tampoco, pero aún así la realización de colecistectomía era impracticable por el gran plastrón inflamatorio perivesicular que hacía imposible identificar correctamente las estructuras biliodigestivas a ese nivel.

La paciente cursó con un postoperatorio favorable, tolerando dieta líquida al cuarto día postoperatorio, sin dolor abdominal ni vómitos. Fue dada de alta al quinto día sin complicaciones, con seguimiento en consultas externas.

Discusión

Generalmente la obstrucción intestinal debida a fleo biliar se ubica a nivel del íleon, más raramente a nivel del yeyuno, del marco duodenal o del sigmoide. El fleo biliar es una complicación infrecuente, con alta morbimortalidad, que suele presentarse, generalmente, tras un episodio de colecistitis aguda, sobre todo en pacientes de edad avanzada y mujeres, cursando con abdomen agudo (1-3). La causa es el impactamiento dentro de la luz digestiva de un cálculo biliar de al menos 3 cm de diámetro, que ha llegado a través de una fístula biliodigestiva, casi siempre colecistoduodenal. En ocasiones es posible la visualización de un cálculo radio-opaco en la fosa iliaca derecha en las radiografías simples del abdomen, aunque infrecuente. La eco-

grafía es poco efectiva dada la distensión abdominal que suelen presentar estos pacientes. La TAC sí se ha mostrado como una técnica útil para su diagnóstico. Los signos radiológicos descritos por Rigler (distensión de asas de intestino delgado, niveles hidroaéreos, aerobilia e imagen radio-opaca), rara vez se observan al mismo tiempo (4-8). El tratamiento de elección es la enterolitotomía, con bajo índice de recurrencias. El tratamiento de la litiasis vesicular y de la fístula biliodigestiva en el mismo tiempo quirúrgico es poco útil y peligroso debido a la importancia de las alteraciones escleroinflamatorias de la región infrahepática, a las raras recidivas y al mal estado general habitual de estos enfermos que fuerza una intervención rápida vital limitada a la extracción del cálculo. Por las mismas razones, una colecistectomía diferida, en un lapso de dos a seis meses, continúa en discusión (1-3,7,8). En algunos casos favorables, si la colecistectomía parece fácil, se puede asociar a la enterotomía de extracción, con la condición de efectuar un control radiológico peroperatorio de la vía biliar principal y de suturar transversalmente en uno o dos planos la fístula del borde superior de la primera porción del duodeno, tras reavivar sus bordes y con un drenaje de contacto (2,4,8).

J. M. Suárez Grau, C. Rubio Cháves, I. Alarcón del Agua,
M. D. Casado Maestre, M. J. Tamayo López,
C. Palacios González, F. López Bernal, J. A. Martín Cartes,
M. Bustos Jiménez, F. Docobo Durántez y S. Morales Méndez

*Servicio de Cirugía General y Aparato Digestivo.
Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla*

Bibliografía

1. Casals R, Mias MC, De la Fuente MC, Ferriñán A, Pérez L, Pelayo A, et al. Valoración del paciente con fleo biliar. Tratamiento y seguimiento. *Cirugía Española* 2000; 67: 264-7.
2. Williams JB, Mehta SG, Vu T, Wonderlich DA, McDermott DM. Gallstone Ileus. *J Emerg Med* 2008.
3. Echenique M, Amondarain JA, Lirón de Robles C. Íleo biliar: análisis retrospectivo de una serie. *Kirugía* 2003; 1.
4. Khan AZ, Escofet X, Miles WF, Singh KK. The Bouveret syndrome: an unusual complication of gallstone disease. *J R Soc Health* 2002; 122(2): 125-6.
5. Sans M, Feu F, Panes J, Pique JM, Teres J. Duodenal obstruction by biliary lithiasis (Bouveret's syndrome). *Gastroenterol Hepatol* 1996; 19(10): 519-20.
6. Abou-Saif A, Al-Kawas FH. Complications of gallstone disease: Mirizzi syndrome, cholecystocholedochal fistula, and gallstone ileus. *Am J Gastroenterol* 2002; 97(2): 249-54.
7. Lobo DN, Jobling JC, Balfour TW. Gallstone ileus: diagnostic pitfalls and therapeutic successes. *J Clin Gastroenterol* 2000; 30(1): 72-6.
8. Marco Domenech SF, Lopez Mut JV, Fernandez Garcia P, San Miguel Moncin MM, Gil Sanchez S, Jornet Fayos J, et al. Bouveret's syndrome: the clinical and radiological findings. *Rev Esp Enferm Dig* 1999; 91(2): 144-8.