

## CASO CLINICO ILEOBILIAR

Marlene Elizabeth Carrillo Tarqui<sup>1</sup> Jackeline Ibañez<sup>1</sup>

Fecha de recepción: : 02/05/2024

Fecha de aceptación: 10/06/2024

---

### RESUMEN

---

**E Introducción:** el íleo biliar representa el 4% de las causas de obstrucción intestinal en la población en general, pero incrementa a un 25% en los pacientes de más de 65 años. No presenta síntomas únicos, lo cual hace difícil su diagnóstico. Tiene una alta mortalidad (entre 12 y 27%) debido a las comorbilidades asociadas y al retraso diagnóstico. Este caso clínico tiene como objetivo comunicar la importancia del diagnóstico oportuno y el manejo quirúrgico del íleo biliar. <sup>1</sup>

**Caso clínico:** se presenta el caso clínico de una paciente femenina de 68 años con diagnóstico de Pancreatitis aguda, oclusión intestinal alta, íleo intestinal y antecedente de miocardiopatía chagásica, portadora de marcapasos, prolapso uterino grado III, cuyo cuadro clínico comenzó 14 días antes de su ingreso a emergencias con signos y síntomas de distensión abdominal y posteriormente a los 3 días de acudir a emergencia manifiesta dolor abdominal intenso en hemiabdomen superior. Se procede a internarla en piso, se le dio manejo médico y tras remitir el dolor y en proceso de recuperación a los 3 días de su internación inicia con náuseas y vómitos de varias oportunidades por lo cual se indica colocar sonda nasogástrica sin mejoría.

Tras las valoraciones y estudios complementarios se toma conducta quirúrgica para la oclusión intestinal mecánica, la cual fue intervenida quirúrgicamente seis días después del inicio del cuadro clínico. En la laparotomía exploradora se encontró un íleo biliar, con resolución satisfactoria de la patología. **Conclusiones:** El íleo biliar es una entidad clínica de difícil diagnóstico que requiere un alto índice de sospecha. El objetivo del tratamiento del íleo biliar es liberar la obstrucción por medio de la enterolitotomía. la misma genera una resolución satisfactoria en nuestra paciente logrando estabilizarla en su totalidad.

---

### ABSTRACT

---

**Introduction:** gallstone ileus represents 4% of the causes of intestinal obstruction in the general population, but increases to 25% in patients over 65 years of age. It does not present unique symptoms, which makes its diagnosis difficult. It has a high mortality (between 12 and 27%) due to associated comorbidities and diagnostic delay. The objective of this clinical case is to communicate the importance of timely diagnosis and surgical management of gallstone ileus. <sup>1</sup>

**Clinical case:** the clinical case of a 68-year-old female patient with a diagnosis of acute pancreatitis, high intestinal occlusion, intestinal ileus and a history of Chagas cardiomyopathy, with a pacemaker, grade III uterine prolapse, whose clinical condition began 14 days before her Admission to the emergency room with signs and symptoms of abdominal distention and later 3 days after going to the emergency room, he manifested abdominal pain in the upper abdomen. She was admitted to the floor, medical management was given and after the pain subsided and in the process of recovery, 3 days after her admission she began to experience nausea and vomiting on several occasions, which is why a nasogastric tube was indicated without improvement.

---

<sup>1</sup>Hospital Municipal Pampa de la Isla Residencia Medica de Cirugía General

After evaluations and complementary studies, surgical conduct was taken for mechanical intestinal obstruction, which was operated on six days after the onset of the clinical picture. In the exploratory laparotomy, a gallstone ileus was found, with satisfactory resolution of the pathology.

**Conclusions:** Gallstone ileus is a difficult clinical entity to diagnose that requires a high index of suspicion. The goal of treatment for gallstone ileus is to release the obstruction through enterolithotomy. It generates a satisfactory resolution in our patient, managing to stabilize her in her entirety.

**Palabras clave:** Oclusión intestinal, Fístula Biliar, Colelitiasis, Pancreatitis.

**Keywords:** Intestinal occlusion, Biliary Fistula, Cholelithiasis, Pancreatitis.

## INTRODUCCIÓN

El íleo biliar es una complicación poco común de la colelitiasis. Es descrito como una obstrucción intestinal mecánica debida a la impactación de uno o más cálculos biliares grandes dentro del tracto gastrointestinal, esta representa el 1- 4% de las obstrucciones intestinales mecánicas de la población general y hasta el 25% en los mayores de 65 años<sup>7</sup>.

Su causa es el paso de un cálculo biliar desde los conductos biliares hacia el lumen intestinal por medio de una fístula.<sup>1</sup> El tipo de fístula más frecuente se localiza entre la vesícula biliar y el duodeno. El íleo biliar fue descrito por primera vez en 1654 por Bartholin.<sup>3</sup> Representa entre el 1 y el 3% de todos los casos de obstrucción mecánica del intestino delgado, y puede llegar hasta 25% en pacientes mayores de 65 años, predominantemente en el sexo femenino, con una proporción de 3.5-6:1.<sup>3</sup> Una vez que el cálculo biliar está en el lumen intestinal, puede obstruir cualquier parte del tracto gastrointestinal, pero el lugar más común es el íleon distal, Colon, Duodeno (síndrome de Bouveret).<sup>5</sup> La tasa de mortalidad asociada al íleo biliar va de 12 a 27%, y la tasa de morbilidad asociada alcanza un 50%, debido a la edad mayor de los pacientes, a las patologías asociadas, al ingreso hospitalario tardío y al tratamiento terapéutico retrasado.<sup>2</sup> Como un antecedente clínico significativo, únicamente alrededor de un 50% de estos pacientes tienen un historial previo de enfermedad de la vesícula biliar.<sup>1</sup>

Dado que el íleo biliar es una enfermedad poco común que representa un reto diagnóstico cuando se asocia a otras patologías y no se cuenta con estudios de imagen su-

gerentes de esta enfermedad, además de que tiene un alto riesgo de mortalidad, el objetivo de este trabajo fue reportar el caso clínico de un íleo biliar asociado a una pancreatitis y dar a conocer nuestra experiencia en su diagnóstico y manejo.

### Caso clínico

Mujer de 68 años, con antecedente de miocardiopatía chagásica, portadora de marcapaso, negó padecer alguna otra enfermedad y no tenía antecedentes quirúrgicos. Su padecimiento de catorce días de evolución comenzó con distensión abdominal y falta de eliminación de gases, posteriormente tres días antes de acudir a emergencias manifiesta dolor abdominal tipo cólico de inicio en epigastrio que a las 12 horas pasó a hipocondrio derecho, acompañado de distensión abdominal progresiva, náuseas y vomito de contenido biliar, dificultad para canalizar gases y ausencia de evacuaciones; la mujer acudió a urgencias once días después del inicio de la sintomatología. En su valoración inicial a la exploración física, se encontró un abdomen distendido, con RHA, blando depresible, Murphy, sin datos de irritación peritoneal.<sup>4</sup> Los estudios de laboratorio iniciales se mostraron sin alteraciones:

Hb 13.9 g/dL, leucocitos 16.52 x 10<sup>3</sup> mm<sup>3</sup>, neutrófilos 80%, urea 144 mg/dL, glucosa 90 mg/dL, amilasa 157 U/L. Se le tomó a la paciente una radiografía de tórax y electrocardiograma sin hallazgos patológicos (figura 1) se solicita una tomografía y ecografía abdominal (figura 2) donde se evidencia vesícula biliar litiásica, asas intestinales diámetro mayor a 70 mm con contenido líquido y ausencia de peristalsis a nivel de los

cuadrantes superiores y asas del intestino delgado con contenido líquido y peristalsis aumentada con datos de oclusión intestinal, se decide la colocación de SNG y posterior a este se decide su internación en piso de cirugía.



**Figura 1**  
Ecografía de abdomen  
Se evidencia dilatación de asas intestinales  
de intestino grueso



**Figura 2**  
TAC de abdomen  
Se evidencia vesícula aumentada de tamaño, calculo en el infundíbulo, niveles hidroaéreos, asas dilatadas.

Durante su estancia en el piso de cirugía, la paciente tuvo un cuadro clínico estacionario, que tras a los 3 días de ingreso presentó evolución desfavorable, caracterizada por presentar débito porraceo por SNG, aumento de emesis, que fue de hasta cinco por día a pesar del uso de sonda nasogástrica, la cual tuvo un gasto reportado de 12 horas de 60 m, por lo cual se revalora cuadro clínico y se le realiza a la paciente una tomografía abdominal (figura 3), en donde se observó dilatación de asas de intestino delgado. En ese momento la paciente no presentó datos de irritación peritoneal ni datos de respuesta inflamatoria sistémica, por lo que se continuó con el manejo médico.

Tras su quinto día de manejo médico, la paciente continuó con distensión abdominal,

falta de eliminación de gases, emesis (tres por día) de contenido porraceo, con sonda nasogástrica con gasto promedio de 24 horas de 100 mL. A la exploración física con el abdomen distendido, la paciente presentó dolor a la palpación profunda generalizada, sin datos de irritación peritoneal ni datos de síndrome de respuesta inflamatoria sistémica se continua con manejo clínico permaneciendo en NPO y llevada a observación emergencia para monitoreo constante. A los 5 días se revaloró la tomografía y se observo zona de transición a nivel de íleon sin poder identificar la causa de esta y se solicita placa de RX (figura 4) donde se evidencia con mayor claridad la cantidad de niveles hidroaéreos; tras manifestar aun ausencia de eliminación de gases, deterioro del estado de salud en general, persistencia del dolor a nivel abdominal y al tratarse de una obstrucción mecánica en una zona de transición se decidió conducta quirúrgica de emergencia.

Durante la intervención quirúrgica, se hizo laparotomía exploradora y se encontró un lito de 6 x 6 cm impactado a 20 cm de la válvula ileocecal (figura 5). Se llevó a cabo una enterotomía a 20 cm de la válvula ileocecal y se extrajo el lito biliar (figura 6). Posteriormente, se hizo el cierre de la enterotomía (figura 7) y se exploró la vesícula biliar, ante lo cual se documentó una fistula colecistoduodenal a la cual no se le realizó ningún procedimiento. Se concluyó el evento quirúrgico sin complicaciones ni incidentes.

La paciente se mantuvo en reposo intestinal durante tres días y comenzó a usar la vía oral con dieta líquida I, líquida II y con posterior progresión a dieta blanda con adecuada tolerancia, así como adecuada canalización de gases y con evacuaciones presentes. Fue egresada al noveno día del postquirúrgico sin complicaciones ni incidentes.

La paciente se mantuvo en seguimiento por el Servicio de Consulta Externa, con adecuada tolerancia a la vía oral, sin alteraciones en el patrón evacuatorio intestinal y sin manifestaciones clínicas ni de laboratorio de patología al nivel de la vía biliar, con seguimiento y valoración por cirugía en tercer nivel de atención por antecedentes.

### Discusión

El íleo biliar representa una causa poco frecuente de obstrucción intestinal mecánica.

ca (3%), la cual afecta a pacientes de edad avanzada con comorbilidades asociadas. Usualmente está asociado a fístula bilioentérica, por medio de la cual los cálculos biliares migran de la vesícula biliar al lumen intestinal, que es donde generan obstrucción mecánica.<sup>1</sup> El desarrollo de fístula bilioentérica es relativamente raro (aproximadamente 2% en pacientes con colecistitis). En pacientes con colelitiasis, aproximadamente entre 0.3 y 0.5% presentan íleo biliar y únicamente alrededor de 50% de estos pacientes tiene un historial previo de enfermedad de la vesícula biliar. Nuestra paciente tuvo el antecedente de enfermedad relacionada con el páncreas concomitante con colelitiasis y obstrucción intestinal, lo cual sugeriría considerar el íleo biliar como diagnóstico diferencial.

La mayoría de las fístulas bilioentéricas son colecistoduodenales (de 53 a 68%).<sup>1</sup> Hay factores que propician la formación de la fístula, como tamaño del cálculo, la historia de enfermedad biliar, episodios repetidos de colecistitis aguda, género femenino y edad avanzada. Cuando el cálculo ha pasado al tubo digestivo, su diámetro se incrementa por acumulo en su superficie de detritus intestinales, con lo que llega a tener generalmente 3 cm de diámetro y se impacta con mayor frecuencia en el íleon distal en 90% de los casos (en nuestro caso presentado a 20 cm de la válvula ileocecal).<sup>4</sup>

Existen tres formas de presentación clínica: aguda, que corresponde a la clásica presentación de íleo biliar, caracterizada por mostrar de manera súbita distensión abdominal, vómito y constipación; subaguda, la cual se presenta como oclusión intestinal parcial y crónica, conocida como síndrome de Karewsky, que se caracteriza por episodios de dolor recurrente causado por el paso de cálculos biliares a través del intestino, lo cual se alterna con episodios asintomáticos.<sup>2</sup> Se debe sospechar la presencia de íleo biliar cuando un paciente de edad avanzada muestra la triada de Mordor (antecedente de cálculo biliar, signos de colecistitis aguda y aparición súbita de obstrucción intestinal).<sup>1</sup> El íleo biliar es una entidad clínica de difícil diagnóstico, por lo que debe tenerse en mente un alto índice de sospecha.

A la exploración física, el paciente suele mostrar fiebre, desequilibrio hidroelectrolítico, distensión y dolor abdominal tipo cólico, con aumento inicial del peristaltis-

mo, el cual desaparece conforme se instala el íleo. Menos de 20% de pacientes tiene colecistitis aguda concomitante. Las pruebas de laboratorio no suelen mostrar alteraciones específicas, por ejemplo, la cuenta de glóbulos blancos suele ser normal o discretamente elevada, las pruebas de función hepática por lo regular se encuentran dentro de parámetros normales.<sup>5</sup> La radiografía de abdomen se caracteriza por la presencia de la triada de Rigler y consiste en la presencia de cálculos

radioopacos (menos del 10% de los casos), distensión de asas intestinales y neumobilia. Estos hallazgos se presentan en un rango que va de 20 a 50% de los casos. La tomografía computarizada de abdomen reforzada con contraste es considerada el estándar de oro diagnóstico con sensibilidad arriba de 90% y es factible encontrar la triada de Rigler hasta en 80% de los casos. En nuestro caso clínico presentado, la ecografía y la tomografía de abdomen mostraron la presencia de cálculos biliares radioopacos, neumobilia pero de características especiales denominado, lo que hace aún más difícil establecer un diagnóstico.

El tratamiento del íleo biliar es quirúrgico y está encaminado principalmente a resolver la obstrucción intestinal, previa estabilización del paciente. Existen dos opciones quirúrgicas: el manejo en una etapa, que consiste en enterolitotomía más colecistectomía y cierre de fístula bilioentérica, y el manejo en dos etapas, que se caracteriza por enterolitotomía en fase inicial, con colecistectomía de intervalo (4-6 semanas) más cierre de fístula bilioentérica. La mortalidad en cirugía de un tiempo es de 16.9 frente a 11.7% en la de dos tiempos. Aunque existe una tasa de recurrencia de íleo biliar de 5% (85% en los primeros seis meses) con la enterolitotomía, es sabido que la recurrencia de síntomas biliares es de 10%. Por lo tanto, la enterolitotomía es el procedimiento de elección para pacientes con comorbilidades significativas, inestabilidad hemodinámica, o disección quirúrgica de alto riesgo. Se sugiere realizar la colecistectomía de intervalo con reparación de fístula bilioentérica solo en pacientes con síntomas recurrentes. Así, el manejo queda a la elección y el juicio del cirujano, el cual individualizará según las condiciones del paciente. En nuestro caso presentado, dado que la paciente no manifestó datos de colecistitis, además de que no presentó datos de coledocolitiasis,

únicamente se realizó la extracción del lito mediante enterotomía.

El abordaje suele hacerse con laparotomía; sin embargo, existe un incremento de reportes de laparoscopia exitosa. Este último ofrece las ventajas de una recuperación más temprana al llevarse a cabo por medio de incisiones quirúrgicas de menor tamaño. La laparoscopia en obstrucción del intestino delgado ha sido evaluada y parece exitosa. Esto se consigue con personal médico capacitado en técnicas de laparoscopia avanzada, así como el equipo médico necesario.

### CONCLUSIÓN

El íleo biliar es una causa infrecuente de obstrucción intestinal y su diagnóstico requiere de alta sospecha. Aunque la radiografía de abdomen puede aportar datos sugestivos, el estándar de oro diagnóstico es la tomografía de abdomen; sin embargo, en ocasiones no es posible identificar datos patognomónicos de esta entidad, por lo que es importante reconocer datos de Imagenología que sugiera una oclusión mecánica que requiera de manejo quirúrgico, todo esto tratando de ofrecer un tratamiento oportuno.

El tratamiento quirúrgico sugerido es la entero litotomía; sin embargo, se debe individualizar según las condiciones de cada paciente, en nuestro caso este fue.

Realizado sin complicaciones permitiendo que la paciente tenga una óptima recuperación en el posoperatorio inmediato y mediato.

### REFERENCIAS

1. RINCHON C, REA-AZPEITIA LA, BAUTISTA-LÓPEZ CA, El íleo biliar: una revisión de la literatura médica, Revista de Gastroenterología de México 2017;82(3): 248-254
2. LIDID A, Leonardo; YEVENES A, Sebastián y VARGAS P, Fabiola. Aire en el espacio periportal: Más allá de la clásica tríada. Rev. chil. radiol. [online]. 2011, vol.17, n.3 [citado 2024-04-05], pp.120-125. Disponible en: <[http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-93082011000300005&lng=es&nrm=iso](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-93082011000300005&lng=es&nrm=iso)>. ISSN 0717-9308. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-93082011000300005>.
3. Nuño Guzmán CM, Arróniz Jáuregui J, Moreno-Pérez PA, Chávez-Solís EA, Esparza-Arias N, Hernández-González CI. Gallstone ileus: One-stage surgery in a patient with intermittent obstruction. World J Gastrointest Surg. 2010;2:172-6
4. Shireesh S, Camerotta A, Zavotsky J. Gallstone ileus: diagnostic and therapeutic dilemma. IJCRI. 2011;2(12):1-5.
5. ALFARO-ALONSO, Ricardo Juan y ESCAIG-OLIVARES, René Luis. Íleo biliar, causa no habitual de oclusión intestinal. Rev.Med.Electrón. [online]. 2023, vol.45, n.3 [citado 2024-04-05], pp.512-519. Disponible en: <[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1684-18242023000300512&lng=es&nrm=iso](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242023000300512&lng=es&nrm=iso)>. Epub 30-Jun-2023. ISSN 1684-1824.
6. Hospital Municipal Pampa De La Isla, 2023, archivo de Historia Clínica; Santa Cruz De La Sierra-Bolivia.
7. Varela José R., Petracchi Enrique, Quesada Matías B., Muthular Magali, Coiz Luciano, Posada Héctor et al . Íleo biliar: análisis de 21 casos. Rev. argent. cir. [Internet]. 2023 Ago [citado 2024 Abr 18] ; 115( 3 ): 233-242. Disponible en: [http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2250-639X2023000300233&lng=es](http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2250-639X2023000300233&lng=es). <http://dx.doi.org/10.25132/raac.v115.n3.1725>.