

Íleo biliar como causa de obstrucción intestinal: Enterotomía por videolaparoscopia. Instituto de Prevision Social – Ingavi

Biliary sludge as a cause of intestinal obstruction: Enterotomy by video laparoscopy. Instituto de Previsión Social – Ingavi

Luz Janina Franco Chávez*, Matías Hernán Arano*, Marcelo Duarte Fernandez**

Instituto de Previsión Social – Ingavi, Fernando de la Mora, Paraguay

RESUMEN

Se reporta el caso de íleo biliar en varón de 65 años, que acude al servicio por síntomas oclusivos, se decide conducta quirúrgica y se realiza enterolitotomía por videolaparoscopia con posterior alta quirúrgica al quinto día postoperatorio sin complicaciones.

Palabras claves: íleo biliar, fístula colecistoduodenal, oclusión intestinal.

ABSTRACT

A case of gallstone ileus is reported in a 65-year-old man who presented to the service due to occlusive symptoms. A decision was made to proceed with surgery and enterolithotomy was performed via videolaparoscopy, with subsequent discharge on the fifth postoperative day without complications.

Keywords: gallstone ileus, cholecystoduodenal fistula, intestinal occlusion

INTRODUCCIÓN

El íleo biliar es una complicación infrecuente de la litiasis vesicular, que se describe como el paso de una litiasis a la luz intestinal a través de una fístula enterobiliar, el cual es ocasionada por la reacción inflamatoria a repetición entre la vesícula biliar y el tracto digestivo originada durante los episodios de colecistitis aguda. En el 85% de los casos se forman fístulas entre la vesícula biliar y el duodeno, el resto corresponde a fístulas hepatoduodenales, coledocoduodenales, colecistogástricas, colecistoyeyunales y colecistocolónicas. Para el inicio de una obstrucción intestinal el tamaño mínimo de la litiasis es de 2cm⁽¹⁾.

Esta patología representa el 0.3-0.5% de las complicaciones de la colecistitis aguda y 3/100.000 hospitalizaciones por patología biliar, siendo más frecuente en mujeres (3.5:1) y en mayores de 65 años. Conlleva además mayor mortalidad (5-10 veces) que otras causas de obstrucción del intestino delgado⁽²⁾. Solo 50-60% de los casos son diagnosticados previa a intervención quirúrgica, la imagen diagnóstica característica es la triada de Rigler: aerobilia, nivel hidroaéreo intestinal y presencia de

cálculo biliar ectópico, los cuales se encuentran solo en el 30-35% casos⁽³⁾.

El tratamiento consiste en la intervención quirúrgica. No existe consenso en la conducta pautada, sin embargo, se sugiere priorizar el tratamiento de la oclusión intestinal y, según estabilidad clínica del paciente, de la fístula biliodigestiva en un mismo acto operatorio⁽⁴⁾.

CASO CLÍNICO

Paciente de sexo masculino, de 65 años, que ingresó al servicio por cuadro de 72 horas de evolución de dolor abdominal tipo puntada, localizado en fosa iliaca derecha, de inicio insidioso, por crisis, que no irradia y no cede con ingesta de analgésicos comunes, acompañado de náuseas y vómitos en 10 oportunidades en moderada cantidad y detención de heces y gases, ante aumento del dolor acude al servicio, negando otros síntomas acompañantes. Como patología de base conocido portador de diabetes en tratamiento regular. Niega antecedentes quirúrgicos.

Al examen físico, el abdomen se presentaba distendido, poco depresible, doloroso a la palpación profunda en hipogastrio y fosa iliaca derecha, con defensa muscular, sin otros signos de irritación peritoneal, ruidos hidroaéreos aumentados. Se estableció el diagnóstico de un síndrome oclusivo y se procedió a la colocación de sonda nasogástrica (débito de 1500cc de tipo intestinal) y de sonda vesical.

Paciente hemodinámicamente estable, sin alteración de signos vitales, se solicitó estudios de laboratorio que reveló leucocitosis con neutrofilia (12300, 82%) y elevación de PCR (47.2). La tomografía simple de abdomen evidenció zona de transición intestinal a nivel del flanco derecho, que condicionaba dilatación de asas intestinales con niveles hidroaéreos, con borramiento difuso de grasa adyacente, además de presencia de líquido libre en cavidad abdominal a nivel de fondo de saco rectovesical y neumatosis portal (Fig. 1).

*Residente de 3er año del Servicio de Cirugía General. Instituto de Previsión Social. correo: luzjanina98@gmail.com - aranomatias@gmail.com

**Jefe de Sala del Servicio de Cirugía General. Instituto de Previsión Social. correo: marceloduartecirugia@gmail.com

Autor Correspondiente: Dra. Luz Janina Franco Chávez - luzjanina98@gmail.com

Recibido: 02/04/2025 - Revisado: 27/04/2025 - Aceptado: 25/05/2025

Revisor: Carlos Arce Aranda MSP y BS

Editor: Eduardo González Miltos Universidad Nacional de Asunción; San Lorenzo, Paraguay

 Este es un artículo publicado en acceso abierto bajo una Licencia Creative Commons

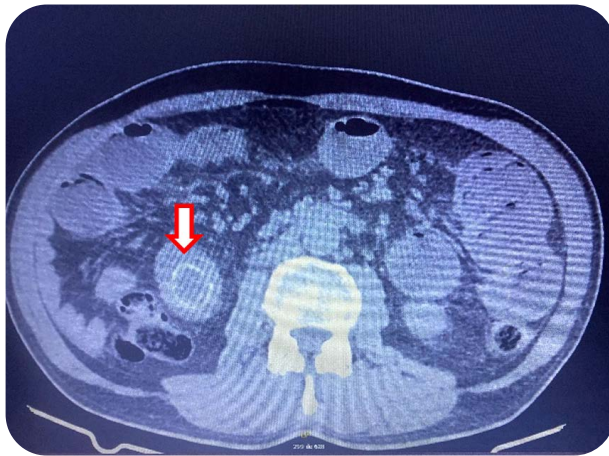


Figura 1. En la tomografía simple de abdomen se evidenció asas delgadas dilatadas, con niveles hidroaéreos e imagen de densidad cálcica en luz intestinal (flecha).

Ante este cuadro clínico se indicó laparoscopia exploradora, en donde se constató 500cc de líquido citrino distribuido en toda la cavidad abdominal, zona de transición de asa delgada a 200cm del asa fija (a la apertura de esta se encontró una litiasis de 5cm de diámetro). Se realiza enterotomía con extracción de cálculo único y enterorrafia con aspirado de la cavidad abdominal por videolaparoscopia.

En el postoperatorio inmediato fue trasladada a sala de internados con hemodinamia estable, con antibioticoterapia cubriendo foco abdominal. Fue egresada tras 5 días de internación, en planes de seguimiento de forma ambulatoria para colecistectomía programada.



Figura 2. Enterotomía por videolaparoscopia, con la litiasis extraída.

DISCUSIÓN

El íleo biliar es una causa poco frecuente de oclusión intestinal (3%), alrededor de la mitad de los pacientes tienen antecedentes de inflamación de la vesícula biliar. Cuando la litiasis pasa al tubo digestivo, aumenta de tamaño por acumulación de detritus intestinales en su superficie, con lo que aumenta de dimensiones y termina impactando a nivel del íleon terminal en el 90% de los casos, lo cual se produjo en el caso presentado ⁽⁵⁾.

El tratamiento es quirúrgico y consiste principalmente en resolver la obstrucción intestinal, una vez estabilizado el paciente. Se plantean dos manejos principales: el manejo en una etapa, que consiste en la enterotomía, colecistectomía y cierre de la fistula biliodigestiva, y el manejo en dos etapas, con la enterotomía inicial y en 4 a 6 semanas la realización de la colecistectomía más cierre de la fistula; la mortalidad descrita en ambos manejos es de 16.9% frente a 11.7%, respectivamente, con una tasa de recurrencia del 5% del íleo biliar. Se sugiere realizar el manejo en dos etapas en pacientes con inestabilidad hemodinámica, con comorbilidades significativas o con alto riesgo quirúrgico; asimismo, realizar la colecistectomía de intervalo y cierre de la fistula solo en pacientes con síntomas recurrentes. El abordaje suele realizarse por laparotomía, aunque en los últimos años se ha reportado aumento de casos resueltos por vía laparoscópica, con la ventaja de una recuperación más temprana y, consecuentemente, menor estancia hospitalaria ⁽⁵⁾.

REFERENCIAS

1. Ploneda-Valencia C, Gallo-Morales M, Rincon C, Navarro-Muñiz E, Bautista-López C, de la Cerda-Trujillo L, Rea-Azpeitia L, López-Lizarraga C. Gallstone ileus: An overview of the literatura. Revista de Gastroenterología de México (English Edition). 2017; 82 (3):248-254.
2. Salazar-Jiménez M, Alvarado-Durán J, Fermín-Contrera M, Rivero-Yáñez F, Lupian-Angulo A, Herrera-González A. Íleo biliar, revisión del manejo quirúrgico. Cir Cir. 2018; 86:182-186.
3. Martín-Pérez J, Delgado-Plasencia L, Bravo-Gutiérrez A, Lorenzo-Rocha N, Burillo-Putze G, Medina-Arana V. Enterolitotomía más colecistectomía precoz, una aplicación de cirugía de control de daños para pacientes con íleo biliar. Cir Cir. 2015; 83: 156-160.
4. González García JE, Torres Aja L. Íleo biliar: una causa infrecuente de oclusión intestinal. Presentación de un caso clínico. Medisur. 19(6): 1028-1032.
5. Reyes-Morales J, Hernández-García L. Íleo biliar: un reto diagnóstico y terapéutico. Presentación de un caso clínico. Rev Med Inst Mex Seguro Soc. 2023 Jan-Feb;61(1):106-110.