

REPORTE DE CASO

Íleo biliar: reporte de dos casos

MANUEL SANTIAGO MOSQUERA¹, RICARDO ADOLFO VILLARREAL², ROSANA MEDINA³,
AKRAM KADAMANI⁴, GABRIEL SÁNCHEZ⁵

Resumen

El íleo biliar es una patología poco común y de difícil diagnóstico prequirúrgico, pues en la mayoría de los casos se presenta como obstrucción intestinal sin síntomas biliares asociados. En el artículo se presentan dos casos del 2010, cada uno con características diferentes respecto a la localización de la fístula y la evolución postoperatoria: una fístula colecistogástrica con obstrucción del íleon terminal y una fístula colecistoduodenal con obstrucción del íleon medio. En el primero se hizo una resolución del íleo biliar y en el mismo tiempo quirúrgico la colecistectomía y cierre de la fístula; mientras que en el otro se trató únicamente el cuadro obstructivo. Dado que en la literatura no existe una amplia revisión de esta situación clínica, no hay consenso en cuanto a la resolución de la patología biliar en el mismo tiempo quirúrgico. Por la evolución clínica de los pacientes tan diversa, se evalúa el problema.

Palabras clave: fístula, obstrucción intestinal, colecistectomía.

Title

Gallstone Ileus: Report of Two Cases

1 Médico cirujano general. Cirujano gastrointestinal, Fundación Cardíaca Infantil, Bogotá, Colombia.

2 Médico cirujano general, Fundación Cardíaca Infantil, Bogotá, Colombia.

3 Médica residente de tercer año de Cirugía General, Universidad de La Sabana, Chía, Colombia.

4 Médico cirujano general. Jefe del Departamento Quirúrgico, Fundación Cardíaca Infantil, Bogotá, Colombia.

5 Médico cirujano general. Cirujano de cabeza y cuello. Coordinador del Servicio de Cirugía General y Especialidades, Fundación Cardíaca Infantil, Bogotá, Colombia.

Abstract

Gallstone ileus is an uncommon pathology, difficult to diagnose on a pre-surgical way, mostly sometimes presents as intestinal obstruction without biliary symptoms associated. In 2010, it presented two cases, each one with different characteristics regarding the fistula location and post-operative evolution: cholecystogastric fistula and obstruction of the terminal ileus and cholecystoduodenal fistula and obstruction of the medial yeyunum. First was resolved with cholecystectomy and fistula closure. The second was treated only by obstruction resolution. Since in literature there isn't a comprehensive review of this type of pathology, there is not agreement in the management of this biliary pathology at the same surgical time, and taking in account the different evolution of our two patients, is the reason that we were interested in the evaluation of this problem.

Key words: Fistula, intestinal obstruction, cholecystectomy.

Introducción

El íleo biliar es una patología infrecuente con pocos casos reportados en la literatura médica. Corresponde al 25 % de las causas de obstrucción de intestino delgado en pacientes mayores de 5 años de edad. Por afectar a este grupo etario, en quienes hay asociación de comorbilidades importantes, puede llegar a aumentar la morbimortalidad [1-3].

El íleo biliar ocurre cuando la vesícula biliar se comunica o se drena hacia el intestino. Existen varios sitios donde se pueden encontrar fistulas bilioentéricas: la colecistoduodenal (68 %), la colecistocolónica (5 %), la colecistoduo-

denocolónica (5 %) y la colecistogástrica (en menos del 3 % de los casos) [1,4]. Afecta principalmente el duodeno, por su cercanía, o el cuerpo gástrico, de forma espontánea. Esto permite el paso directo de los cálculos a la luz intestinal, y dependiendo del tamaño, pueden llevar a obstrucción intestinal mecánica, con prevalencia en el íleon terminal o válvula ileocecal, por presentar el menor diámetro. Es posible que ocurra también en cualquier parte de tubo digestivo [4].

La fistula con obstrucción en el área duodenal se conoce como síndrome de Bouveret. La presentación clínica no es típica: aparece como una obstrucción intestinal, principalmente alta con emesis o hematemesis y dolor abdominal epigástrico, y aunque puede haber constipación, los síntomas se manifiestan de forma periódica —dada la obstrucción intermitente que produce el movimiento del cálculo en el tubo digestivo— hasta que, por último, se enclava en el lugar de menor diámetro. Esto hace que se retrarde el diagnóstico de tres a ocho días, y que en estos pacientes haya historia de coledoclitiasis. Es raro que tengan síntomas relacionados después de instaurado el íleo biliar [5,6].

Reporte de casos

Caso 1

El caso corresponde a una mujer adulta mayor de 8 años de edad, quien consultó por un cuadro clínico de seis

días de evolución, consistente en dolor abdominal en el epigastrio, asociado a múltiples episodios eméticos biliosos, ausencia de deposición y síntomas urinarios irritativos. Como antecedentes patológicos se encontraron diabetes mellitus tipo 2 e hipertensión arterial en manejo.

En el examen físico de ingreso se encontró a una paciente deshidratada, afebril, con el abdomen blando depresible y con dolor difuso a la palpación, de predominio en el cuadrante superior, con aumento de los ruidos intestinales, sin signos de irritación peritoneal, Murphy negativo, y el resto de examen físico normal. Se le tomaron exámenes paraclínicos, cuyo resultado evidenció leucocitosis leve y neutrofilia, proteína C reactiva (PCR) ele-

vada e hiponatremia leve. La radiografía de abdomen simple mostró imágenes sugestivas de obstrucción intestinal, aunque se observó gas distal, sin presencia de niveles hidroaéreos.

Se inició manejo médico sin mejoría, por lo que se le tomó una tomografía axial computarizada (TAC) abdominal, que evidenció una imagen de plastrón vesicular con neumobilia e íleo biliar, dado por un cálculo en el yeyuno medio (figuras 1, 2 y 3). La paciente se llevó a cirugía y en esta se encontró un plastrón en el hipocondrio derecho periduodenal y hepático. Por lo anterior, se llevó a cabo una enterotomía en el área del yeyuno (figura 4) y se encontró un cálculo de 60×35 mm (figura 5), que se extrajo.



Figura 1. TAC: imagen hipodensa en el área del yeyuno medio



Figura 2. TAC: corte coronal



Figura 3. Imagen de plastrón vesicular, neumobilia e íleo biliar en el yeyuno medio



Figura 4. Inspección del intestino: cálculo biliar enclavado en el yeyuno medio



Figura 5. Cálculo de 60 × 35 mm

Se le practicó una enterorrafia (figura 6). Luego de ella no se evidenciaron absceso o perforación del plastrón vesicular, por lo que se continuó el manejo antibiótico endovenoso y se pospuso la colecistectomía. En el manejo postoperatorio usual hubo una adecuada evolución clínica y se le dio de alta. Durante los controles ambulatorios, endoscopias de las vías digestivas altas no evidenciaron fístula gástrica o duodenal residual. Hasta el momento continúa en observación ambulatoria.

Caso 2

El caso corresponde a un hombre de 58 años de edad, quien consultó por un cuadro

clínico de una semana de dolor abdominal en el epigastrio, asociado a emesis en múltiples ocasiones. El paciente negó ictericia y coluria. Hay deposiciones presentes. Entre sus antecedentes patológicos se encontraron gastritis erosiva y carcinoma de próstata. Como antecedentes quirúrgicos había prostatectomía y amigdalectomía.

En el examen físico de ingreso se encontró a un paciente deshidratado, afebril, con dolor a la palpación en el epigastrio y en el hipocondrio derecho, sin signos de irritación peritoneal, Murphy negativo. Los exámenes paraclínicos mostraron leucocitosis marcada y PCR elevada. Un TAC abdominal



Figura 6. Enterorrafia yeyuno proximal

contrastado evidenció una fístula colecistoduodenal con obstrucción secundaria a íleo biliar.

El paciente se llevó a cirugía, y en esta se observó una fístula colecistogástrica (figura 7) y una obstrucción intestinal a 140 cm de la válvula ileocecal (figura 8), debida

a un cálculo de 2,5 cm. Se le practicó una colecistectomía subtotal, en la que hubo cierre primario de la fístula colecistogástrica, que se reforzó con un parche de Graham en la pared anterior del estómago. También hubo enterotomía para extraer el cálculo y enterorrafia de íleon (figuras 9, 10 y 11).

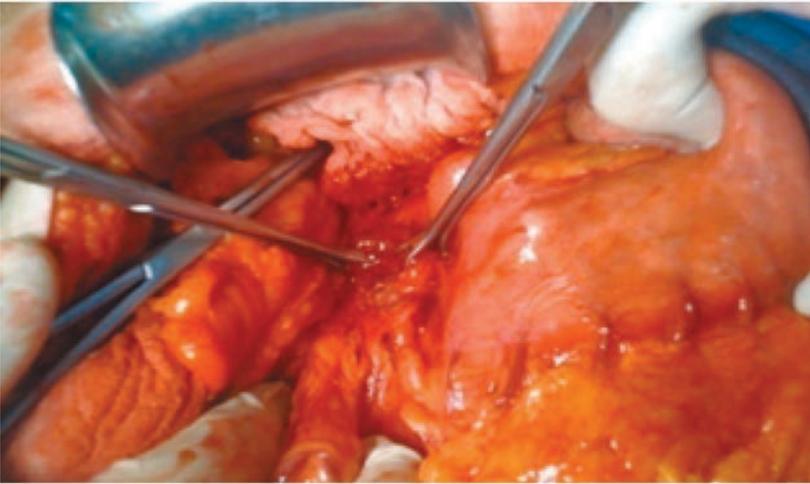


Figura 7. Fístula colecistogástrica



Figura 8. Inspección de íleon terminal: hallazgo de cálculo biliar a 140 cm de la válvula ileocecal



Figura 9. Enterotomía y enterorrafia de íleon terminal

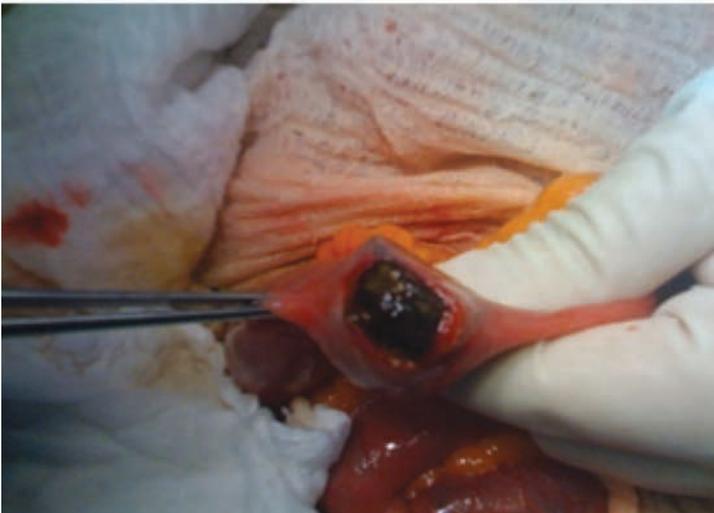


Figura 10. Extracción del cálculo biliar

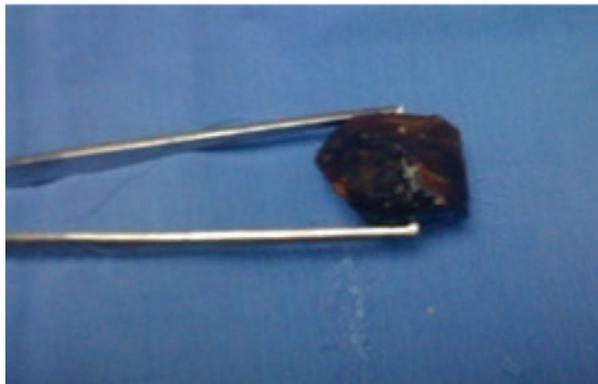


Figura 11. Cálculo biliar extraído

El manejo postoperatorio fue usual, con antibioticoterapia terapéutica. En el séptimo día presentó distensión abdominal y emesis. Un TAC abdominal evidenció acumulaciones intrabdominales e imagen aérea perigástrica. En cirugía nuevamente se le drenaron los abscesos y se selló la llaera antral perforada con un parche de Graham. Así mismo, hubo lavado peritoneal simultáneo con otros sucesivos programados, hasta controlar la sepsis abdominal y dar de alta al paciente.

Sin embargo, por fiebre, reingresó a la institución. Se documentó absceso de la pared abdominal, que se drenó percutáneamente. Hubo escape biliar y se confirmó una fístula bilioentérica del hepatocolédoco al duodeno, con llenado retrógrado del estómago, mediante colangiografía retrógrada endoscópica. Se trató con una endoprótesis biliar, con éxito.

Discusión

El diagnóstico del íleo biliar se realiza perioperatoriamente en un 73 % de los casos [1], aunque es posible encontrar imágenes sugestivas en las radiografías de abdomen simple. La dilatación del intestino delgado y la neumobilia son hallazgos poco específicos. El TAC es poco preciso para el diagnóstico; puede mostrar contracción de la vesícula biliar y una imagen en el punto de obstrucción no muy definida [2], contrario a lo que sucedió con nuestros pacientes, donde fue diagnóstica.

Por ser esta una patología rara, en los pacientes comórbidos el íleo biliar tiene una mortalidad de hasta el 18 % [2]. En los pacientes con riesgo quirúrgico bajo, se ha realizado manejo laparoscópico de la oclusión intestinal y de la fístula bilioentérica, con buenos resultados [2-4].

En la mayoría de los pacientes, por laparotomía se practica inspección manual intestinal. De este modo, a fin de identificar el punto de obstrucción, se procede con enterotomía transversa y exorcisión del cálculo, evaluando la viabilidad intestinal y el grado de la necrosis de la pared, si existe; además, se lleva a cabo una resección intestinal segmentaria, según la afectación con anastomosis. Siempre debe explorarse todo el intestino, puesto que en cerca del 16% de los casos hay y más cálculos que pueden ocasionar una reobstrucción en el postoperatorio temprano [4,5].

En la literatura no hay consenso sobre el manejo quirúrgico definitivo. Se reportan casos en los cuales no se trata la fístula y, en consecuencia, es posible que estos pacientes presenten colecistitis crónica y colangitis. Otros estudios mencionan que la fístula puede cerrarse de forma espontánea y cicatrizarse extensamente sobre el duodeno y la vesícula, con riesgo de lesión biliar. Por ello se recomienda tratar la fístula en un segundo tiempo quirúrgico, según el comportamiento clínico del paciente [5,6].

En el caso 1 se manejó únicamente el íleo biliar mecánico, y ambulatoriamente se controló con endoscopia y ecografía hepatobiliar a los dos meses, sin evidencia de fístula residual, cálculos vesiculares o sintomatología biliar. En el caso 2, con signos de respuesta inflamatoria sistémica leves, se trató en

simultáneo el problema biliar incluyendo colecistectomía subtotal, cierre de la fístula y resolución de la obstrucción mecánica, que presentó complicaciones infecciosas derivadas.

La literatura plantea la conducta que se debe seguir basándose en la afectación general del paciente, en su estado hemodinámico y acidobase, y propone dos tiempos quirúrgicos: 1) para resolver la obstrucción mecánica con enterolitotomía y 2) para llevar a cabo la colecistectomía y resecar la fístula biliodigestiva [7,8].

Existen varios manejos descritos para extraer cálculos, entre ellos la endoscopia en cálculos localizados proximalmente, la laparotomía clásica y la laparoscopia [9]. La elección del tratamiento debe tomar en cuenta la edad del paciente, sus comorbilidades, el proceso inflamatorio secundario, el tamaño de los cálculos, el lugar de la fístula, la repercusión en el estado general secundario a la infección u obstrucción, entre otros [10,11].

La cirugía en un solo tiempo sigue siendo controversial. En teoría, se apoya en la prevención de las complicaciones secundarias, como colangitis, colecistitis aguda e íleo biliar recurrente [12], pues así reduce la morbimortalidad [11]. La colecistectomía y la resección de la fístula bilioentérica disminuyen la recurrencia de íleo biliar, en un 17%. Respecto a los pacientes tratados con enterolitoto-

mía úi camente, previene el desarrollo de colecistitis aguda y colangitis, en un 15 %. Las fístulas per se pueden causar mala absorción y pérdida de peso secundario, por lo que se evitan con la cirugía definitiva en un solo tiempo [13,14].

Otros estudios han demostrado que la mortalidad asociada a un solo procedimiento quirúrgico asciende a un 19 %, comparada con un 11 % en los pacientes intervenidos en diferido; sin embargo, la recurrencia del íleo biliar fue cerca del 5 %, de los cuales el 57 % se presentó en los seis primeros meses. Un 10 % de los pacientes necesitó otra intervención quirúrgica, por continuar presentando síntomas biliares [7,8].

En la literatura se han descrito diferentes tipos de manejo no quirúrgico para el íleo biliar. Lowe y cols. [3] reportaron que en el síndrome de Bouveret un 9 % de los pacientes tuvo éxito con tratamientos endoscópicos; entre tanto, el 5 % respondió a litotripsia extracorpórea. Por ello se recomienda que todos los pacientes, excepto aquellos en que la afectación sistémica sea importante, se lleven a manejo conservador, incluida la coagulación plasmática con argón y la litotripsia [9,10,14 15].

Como se mencionó algunos pacientes son asintomáticos de su patología biliar, y la clínica va a depender del grado de obstrucción intestinal que se presente.

Por ende, el foco de su tratamiento es resolver su cuadro obstructivo [17-19]. Debe evaluarse en cada caso el riesgo del paciente y los hallazgos intraoperatorios que sugieran fístula activa o infección derivada, considerando la posibilidad de corregir la fístula bilioentérica y realizar colecistectomía en el mismo tiempo quirúrgico [17,20].

A partir de estos dos casos, podemos comentar que los pacientes deben llevarse a una intervención endoscópica o quirúrgica, de acuerdo con su estado general, afectación sistémica, infección local o riesgo anestésico, para así disminuir la morbimortalidad secundaria a la patología o derivada del procedimiento, en un solo tiempo quirúrgico o de forma diferida, según cada caso.

Referencias

1. Frattaroli FM, Reggio D, Guadaluza A, Illomei G, Lomanto D, Pappalardo G. Bouveret's syndrome: case report and review of literature. *Hepatogastroenterology*. 1997;4: 1019-23.
2. Gemmel C, Weickert U, Eichhoff A, Schilling D, Riemann JF. Successful treatment of gallstone ileus (Bouveret's syndrome) by using extracorporeal shock wave lithotripsy and argon plasma coagulation. *Gastrointest Endosc*. 2007 Jan;6(1):173-5.
3. Lowe AS, Stephenson S, Kay CL, May J. Duodenal obstruction by gallstones (Bouveret's syndrome): a review of the literature. *Endoscopy*. 2005;37:82-7.

4. Lavien PA, Richbn J, Burgan S, Rohe r A. Gallstone ileus. Br J Surg. 1990;77(7):737-4 .
5. Yu CY, Lin CC, Shj RY, Hsieh CB, Wu HS, Ty n YS et al. Value of CT in th diagnosis and management of gallstone ileus. World J Gastroenterol. 2005;11(14):212 -7.
6. Reisner RM, Cob n JR. Gallstone ileus: a review of 1001 reported cases. Am Surg 1994 6(6):4- 6
7. Ch ca LF, Bwjarano W, Cardozo O. Ileo Biliar y síndrome de Bouveret: lo mismo pero distinto. Descripción de dos casos y revisión de la literatura. Rev Col de Gastroenterol. 2010;25:86 96
8. Ay ntunde AA, Agrawal A. Gallstone ileus: diagnosis and management. World J Surg. 2007;31:1292-7.
9. Dumonceu J, Delh g M, Deviere J. Endoscopic treatment of gastric outlet obstruction cause by a gallstone (Bouveret's syndr ome) after ex racorporeal shc k wave lithripsy. Endoscopy. 1997;29(4):319-21.
10. Langhorst J, Shumacher B, Deselaers T. Succesful endoscopic therapy of a gastric obstruction due a gallstone with intracorporeal lases lithotripsy of Bouveret's syndrome. Gastrointestinal Endosc. 2000; 51:209-13.
11. Dok M, Zovak M, Kopljar M, Glavan E, Ljubicic N, Hoch tädter H. Comparison of surgical treatments of gallstone ileus: preliminary report. World J Surg. 2003;27(4):40- 4
12. Lassandro F, Gagliardi N, Scuderi M, Rossi G, Pinto A, Gatta G, Mazzeo R. Gallstone ileus analý is of radiological findings in 27 patients. Eur J Radiol. 2004 50:23-9.
13. Reisner RM, Cob n JR. Gallstone ileus: a review of 1001 reported cases. Am Surg. 1994 6(6):4- 6
14. Lassandro F, Romano S, Ragozzino A, Rossi G, Valente T, Ferrara I, Romano L, Grassi R. Role of h lical CT in diagnosis of gallstone ileus and related conditions. AJR Am J Roentgenol. 2005;185:1159-65.
15. Warsh w AL, Bartlett MK. Chi ce of operation for gallstone intestinal obstruction. Ann Surg. 196 16 6):1051-5.
16. Ripolles T, Miguel-Dasit A, Errando J, Morote V, Gñ ez-Abril SA, Rich rt J. Gallstone ileus: increased diagnostic sensitivity by combining plain film and ultrasound. Abdom Imaging. 2001;26 01- 5.
17. Tan YM, Wong WK, Ooi LL. A comparison of two surgical strategies for th emergency treatment of gallstone ileus. Singapore Med J. 2004 5(2):6- 72.
18. Pavlidis TE, Atmatzidis KS, Papazogas BT, Papaziogas TB. Management of gallstone ileus.J Hepatobiliary Pancreat Surg. 2003;10:299-302.
19. Frossard JL, Steer ML, Pastor CM. Acute pancreatitis. Lancet. 2008;371:14- 52.
20. West DM, Adrales GL, Schw artz RW. Current diagnosis and management of gallstone pancreatitis. Curr Surg. 2002; 59(3):296 8.

Correspondencia

Manuel Santiago Mosque ra Paz
 Fundaci3n C ardio Infantil-Instituto
 de Cardiología
 Calle 16a N.º 13b-6
 mmosque ra@cardioinfantil.org