



# Medicina de Familia. SEMERGEN



<https://www.elsevier.es/semergen>

## 160/1530 - Complicación inusual de una litiasis biliar

Á.H. Góngora Tirado<sup>a</sup>, L. Fernández Salinas<sup>b</sup>, M. Ferrer Esteve<sup>b</sup>, V. Pérez-Chirinos<sup>c</sup>, M.J. Díaz Mora<sup>d</sup>, E.C. Castillo Espinoza<sup>e</sup>, J.C. Gómez Adrián<sup>e</sup>, Z. Correcher Salvador<sup>d</sup>, J. Prieto Nave<sup>f</sup> y J.I. García García<sup>g</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Almassora. Hospital General de Castellón. Castellón. <sup>b</sup>Médico Residente de 1º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Almassora. Hospital General de Castellón. Castellón. <sup>c</sup>Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Almassora. Hospital General de Castellón. Castellón. <sup>d</sup>Médico Residente de 1º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Puerto de Sagunto II. Hospital de Sagunto. Valencia. <sup>e</sup>Médico Residente de 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Puerto de Sagunto II. Hospital de Sagunto. Valencia. <sup>f</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Almassora. Castellón. <sup>g</sup>Médico de Familia. Centro de Almassora. Castellón.

## Resumen

**Descripción del caso:** Mujer de 86 años quien acude a urgencias por cuadro clínico de 1 semana de evolución de náuseas y vómitos alimentarios en número de 3 a 4 por día, haciéndose en los últimos 2 días de contenido biliar y de predominio a las 2 o 3 horas postprandiales. Además asocia dolor en hipocondrio derecho, tipo cólico, no irradiado y que no mejora tras las emesis. Niega fiebre o más síntomas asociados. Había consultado 3 días antes por mismos vómitos, aunque de contenido gástrico y diarreas líquidas sin productos patológicos. Ese día fue dada de alta tras fluidoterapia y antieméticos por mejoría clínica. Relevante en la consulta previa una Rx de Abdomen que evidenciaba una imagen en HPD compatible con colelitiasis. (aprox. 3 cm). AP: DM 2, ERC Est. 3, anemia ferropénica y artrosis. Barthel 75. Tratamiento habitual: metformina, glibenclamida, hierro oral y paracetamol.

**Exploración y pruebas complementarias:** TA: 126/40 mmHg. FC: 80 ppm. Tª: 37,3 °C. SO2: 97%. Regular estado general, algida, pálida y deshidratada. Eupneica. ACP: tonos rítmicos sin soplos. Buena ventilación pulmonar. ABD: distendido, blando, depresible, doloroso en flanco derecho y epigastrio, Murphy-, Blumberg -, PPL bilateral -, peristaltismo aumentado. Neurológico: sin focalidad. Destaca leucos: 15.000, N: 80%, Hb: 9,7, VCM: 77,3. PCR: 60,24, Na: 132, gasometría venosa pH 7,5, PCO2 34 y bicarbonato 26,5. Resto normal. Rx tórax: sin hallazgos patológicos. Rx abdomen: aire en vía biliar, imagen radiopaca en FID de 35 mm que en estudio de 3 días previos se localizaba en HPD, hallazgos sugerentes de íleo biliar. TAC abdominal: litiasis ectópica de 3 cm en íleon distal visible en FID. Vesícula biliar de pared engrosada, aerobilia y continuidad de la luz vesicular en 2º porción del duodeno, en relación a fístula bilioentérica.

**Juicio clínico:** Oclusión intestinal secundaria a litiasis biliar ectópica.

**Diagnóstico diferencial:** Cólico biliar, colecistitis, pancreatitis aguda, oclusión intestinal.

**Comentario final:** El íleo biliar es una evolución excepcional de la colelitiasis, representando tan

solo el 1-3% de las causas de oclusión intestinal. Puede pasar inadvertido o tan solo como un cólico biliar, afectando principalmente a personas de edad avanzada. Asociado al difícil diagnóstico tiene alto índice de complicaciones y mortalidad (15-27%). El estudio sistemático y protocolizado, con secuencia radiológica, permitió un diagnóstico precoz en esta paciente, que tras una enterotomía laparoscópica, previa hidratación EV y control electrolítico, evolucionó favorablemente y sin complicaciones.

## **BIBLIOGRAFÍA**

1. Íleo biliar. Cir Ciruj. 2005;73:443-8.
2. Íleo biliar y fístula colecistoduodenal. Informe de un caso. Cir Ciruj. 2006;74:199-203
3. Íleo biliar: resultados del análisis de una serie de 40 casos. Gastroenterología y Hepatología. 2001;24:489-94.