



NOTA CLÍNICA

Íleo biliar como causa de dolor abdominal en el paciente anciano

 Jeffrey Oskar Magallanes Gamboa^{a,*}, Verónica Notario Barba^b y Fernando Marcos Sánchez^a
^a Servicio de Medicina Interna, Hospital Nuestra Señora del Prado, Talavera de la Reina, Toledo, España

^b Servicio de Urgencias, Hospital Nuestra Señora del Prado, Talavera de la Reina, Toledo, España


RESUMEN

Palabras clave:

 Íleo biliar
 Obstrucción intestinal
 Dolor abdominal

El íleo biliar es una complicación rara y potencialmente grave de la colelitiasis. Se define como una obstrucción intestinal mecánica secundaria a la presencia de un cálculo biliar en la luz intestinal. La causa más frecuente es la impactación del cálculo en el íleon tras su paso a través de una fístula bilioentérica. Presenta una elevada morbimortalidad, debido principalmente a la dificultad y el retraso diagnóstico. Presentamos un estudio retrospectivo de 4 casos de íleo biliar tratados entre 2013 y 2017 en el Hospital Nuestra Señora del Prado. Se analizaron las características clínicas, las pruebas diagnósticas y el tratamiento quirúrgico realizado.

© 2019 SEGG. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Gallstone ileus as a cause of abdominal pain in the elderly patient

ABSTRACT

Keywords:

 Gallstone ileus
 Intestinal obstruction
 Abdominal pain

Gallstone ileus is a rare and potentially serious complication of cholelithiasis. It is defined as a mechanical intestinal obstruction secondary to the presence of a gallstone in the intestinal luz. The most frequent cause is impaction of the calculus in the ileum after passing through a bilioenteric fistula. It has a high morbidity and mortality rate, mainly due to the difficulty and delay in its diagnosis. A retrospective study is presented of 4 cases of gallstone ileus treated between 2013 and 2017 in the *Hospital Nuestra Señora del Prado*. An analysis was performed on the clinical characteristics, diagnostic tests, and surgical treatment.

© 2019 SEGG. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Introducción

El íleo biliar (IB) es una complicación rara y potencialmente grave de la colelitiasis. Se define como una obstrucción intestinal mecánica secundaria a la presencia de un cálculo biliar en la luz intestinal¹. La causa más frecuente es la impactación del cálculo en el íleon tras su paso a través de una fístula bilioentérica. La morbimortalidad es elevada, debido principalmente a las características de los pacientes, la dificultad diagnóstica y el tratamiento quirúrgico.

Caso 1

Varón de 91 años, independiente para las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) con un índice de Barthel de 100

puntos y sin deterioro cognitivo, con hipertensión arterial y enfermedad de Paget, en tratamiento con omeprazol, olmesartán/hidroclorotiazida y torasemida. Acudió a urgencias por cuadro de 2 días de evolución caracterizado por dolor abdominal y vómitos biliosos. En la exploración física el paciente estaba afebril e hipotenso (94/66), con dolor a la palpación profunda de epigastrio. Las pruebas complementarias mostraban $23,0 \times 10^3$ leucocitos con $21,1 \times 10^3$ neutrófilos, deterioro de la función renal con creatinina de 2,33 mg/dl y reactantes de fase aguda elevados con PCR de 103 mg/l sin alteraciones de la bioquímica hepática. La radiografía abdominal presentaba dilatación de asas de intestino delgado en relación con obstrucción intestinal (fig. 1a). Se realizó TAC abdominal para identificar la etiología del cuadro obstructivo, objetivándose aerobilia intra y extrahepática, una vesícula biliar pequeña con aire en su interior y distensión de la cámara gástrica y asas de yeyuno, concluyendo con el diagnóstico de IB. Se realizaron enterotomía y extracción de litiasis de 3,5 cm del yeyuno medio.

* Autor para correspondencia.

 Correo electrónico: dr990112@hotmail.com (J.O. Magallanes Gamboa).

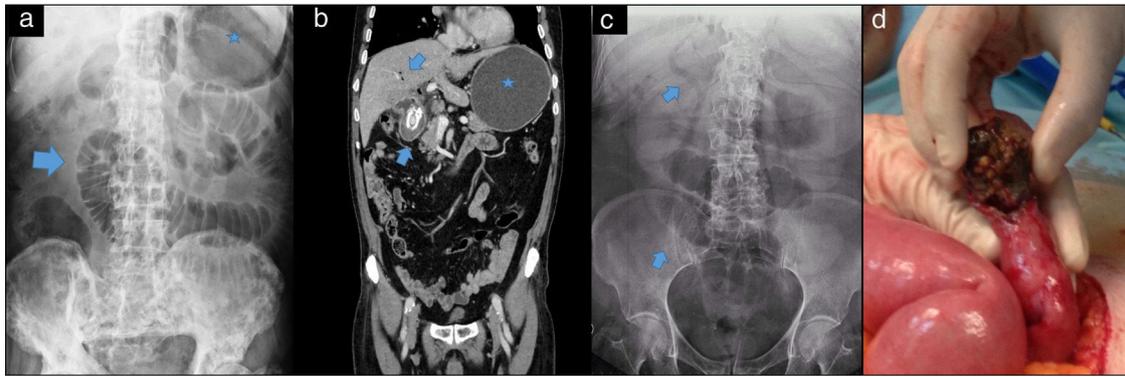


Figura 1. a) Radiografía de abdomen (caso 1): se aprecian distensión de la cámara gástrica y «signo de pilas de monedas» en relación con obstrucción intestinal. b) TAC abdominal (caso 2): distensión gástrica por obstrucción a nivel de bulbo duodenal por litiasis impactada y presencia de gas en vía biliar intrahepática. c) Radiografía de abdomen: aerobilia y obstrucción intestinal (caso 3). d) Enterotomía y extracción de litiasis (caso 4).

Caso 2

Varón de 78 años, independiente para las ABVD, con índice de Barthel de 100 puntos y sin deterioro cognitivo, con antecedentes de hipertrofia benigna prostática y dispepsia, en tratamiento con dutasterida, omeprazol y algamato; acude a urgencias por cuadro de 5 días de evolución caracterizado por dolor en el epigastrio y el hipocondrio derecho asociado a náuseas y vómitos. En la exploración, el paciente estaba afebril y hemodinámicamente estable, con dolor a la palpación profunda de epigastrio e hipocondrio derecho, sin defensa y con ruidos hidroaéreos conservados. Murphy negativo. La analítica y la radiografía simple de abdomen no mostraban ninguna alteración. Se indicó tratamiento analgésico con remisión del dolor y fue dado de alta. Al día siguiente, acude nuevamente a urgencias refiriendo la misma sintomatología, sin fiebre ni compromiso hemodinámico. Persistía el dolor en el epigastrio y el hipocondrio derecho sin defensa. Presentaba $8,7 \times 10^3$ leucocitos con neutrofilia, PCR de 22,7 mg/l y perfil hepático normal. Se realizó ecografía abdominal sin visualización adecuada de la vesícula. La TAC abdominal objetivó gran distensión gástrica a causa de obstrucción por litiasis impactada a nivel de bulbo duodenal (fig. 1b) y fístula colecistoentérica con presencia de gas en vía biliar intrahepática y colédoco. Hallazgos compatibles con síndrome de Bouveret. Se realizó pilorotomía laparoscópica con extracción de gran litiasis de 3×4 cm a nivel de primera porción duodenal y posterior piloroplastia.

Caso 3

Varón de 76 años, institucionalizado, con dependencia leve para ABVD, necesitando ayuda para comer, arreglarse, vestirse y subir escalones (índice de Barthel: 80 puntos), hipertenso, con hiperuricemia, enfermedad de Alzheimer leve y colelitiasis; en tratamiento con rasagilina, olmesartán y alopurinol. Acudió a urgencias por cuadro de dolor abdominal difuso y vómitos biliosos de 3 días de evolución, asociado a disminución del ritmo de diuresis. En la exploración el paciente estaba afebril y hemodinámicamente estable, con abdomen blando, depresible, sin defensa ni signos de irritación peritoneal con presencia de ruidos hidroaéreos disminuidos. Refería molestias a la palpación en el hipocondrio derecho y el epigastrio, sin defensa ni signos de peritonismo. Presentaba Murphy negativo y ruidos hidroaéreos disminuidos. La analítica presentaba $14,3 \times 10^3$ leucocitos con neutrofilia, creatinina de 7,35 mg/dl, perfil hepático normal y PCR de 132,3 mg/l. La radiografía de abdomen mostraba dilatación de asas de intestino delgado. Se realizó una ecografía abdominal que describía colelitiasis sin signos de complicación y riñones normales. La orina mostraba leucocituria y presencia de nitritos. Fue interpretado como un fracaso renal agudo

en el contexto de infección urinaria y decidimos ingreso hospitalario. Se administró ceftriaxona y fluidoterapia con recuperación parcial de la función renal; sin embargo, persistía con dolor abdominal y vómitos. A las 48 h se realizó nueva radiografía de abdomen donde se apreciaba aerobilia y distensión de asas de intestino delgado con imagen en «pilas de monedas» (fig. 1c). Se realizó TAC abdominal sin contraste, donde se evidenció obstrucción a nivel de íleon. Se decidió realizar laparotomía exploradora, donde se objetivó cálculo biliar causante de la obstrucción. Se realizó enterotomía con extracción de cálculo de 5 cm en íleon proximal.

Caso 4

Mujer de 84 años con antecedentes personales de hipertensión arterial, tromboembolia pulmonar hace 6 años con anticoagulación oral permanente por mutación en el gen MTHFR, obesidad y colelitiasis; en tratamiento con telmisartán y pantoprazol. Independiente para las ABVD con índice de Barthel de 100 puntos y sin deterioro cognitivo. Acudió a urgencias por cuadro de 4 días de evolución caracterizado por epigastralgia, vómitos biliosos persistentes e intolerancia oral. En la exploración la paciente se mantenía afebril, hemodinámicamente estable, con auscultación cardiopulmonar sin alteraciones y abdominal con dolor a la palpación en epigastrio e hipocondrio derecho sin defensa abdominal ni signos de irritación peritoneal. En la analítica destacaban $15,3 \times 10^3$ leucocitos con neutrofilia y deterioro agudo de la función renal con creatinina de 6,5 g/dl. Perfil hepático normal. La radiografía abdominal mostraba dilatación de asas de intestino delgado y la ecografía confirmaba colelitiasis sin datos de inflamación. El paciente ingresó en planta con el diagnóstico de insuficiencia renal aguda secundaria a vómitos. Se inició fluidoterapia con recuperación progresiva de la función renal. A las 72 h, con creatina de 1,56 g/dl, persistía con vómitos y se asoció fiebre. Se realizó TAC abdominal que mostraba vesícula biliar pequeña con aire en su interior y aerobilia. Se decidió realizar una laparotomía exploradora, en la que se objetivó una fístula colecistoduodenal y un cambio de calibre en el yeyuno, en relación con IB. Se realizó enterotomía yeyunal y extracción de litiasis (fig. 1d) sin complicaciones.

Discusión

El IB representa el 4% de las causas de obstrucción intestinal en la población general, pero se incrementa a un 25% en los pacientes mayores de 65 años². Es una rara complicación de la colelitiasis, ocurre en el 0,3-0,4% de los casos³ y representa entre el 1 y el 3% de los casos de obstrucción de intestino delgado⁴, por lo que mayoría de las publicaciones corresponden a casos aislados. Debido a que solo se operan las colelitiasis sintomáticas y los pacientes

Tabla 1
Íleo biliar: características epidemiológicas, clínicas, pruebas complementarias y tratamiento

Edad (años)	Sexo	Duración síntomas	Colelitiasis conocida	Síntomas	Rx abdomen	Ecografía abdominal	TAC abdominal	Diagnóstico en Urgencias	Demora diagnóstica	Tratamiento
91	Masculino	2 días	No	Dolor abdominal y vómitos	Obstrucción intestinal	No se realizó	Aerobilia, aire en interior de vesícula, distensión gástrica y de asas de yeyuno.	Sí	-	Enterotomía y extracción de litiasis
78	Masculino	6 días	No	Dolor abdominal y vómitos	Normal	No concluyente	Litiasis impactada en bulbo duodenal, aerobilia, distensión gástrica.	Sí	-	Pilorotomía y extracción de litiasis
76	Femenino	3 días	Sí	Dolor abdominal y vómitos	Obstrucción intestinal y aerobilia	Colelitiasis sin datos de complicación	Aerobilia	No	5 días	Enterotomía y extracción de litiasis
84	Femenino	4 días	Sí	Dolor abdominal y vómitos	Normal	Colelitiasis sin datos de complicación	Aerobilia	No	4 días	Enterotomía y extracción de litiasis

asintomáticos no intervenidos a priori no deberían presentar complicaciones; en los últimos años se está observando un aumento de esta enfermedad en ancianos¹, llegando a ser hasta 7 veces más frecuente en personas mayores de 70 años³.

Este cambio epidemiológico se debe al aumento de la esperanza de vida, sobre todo en pacientes con enfermedades graves en los que se desestima la cirugía debido al elevado riesgo anestésico-quirúrgico¹. Es más frecuente en mujeres con una proporción de 3,5-3,6:1^{2,4}. Más de un tercio de los pacientes no tienen antecedentes de cólicos biliares, y más de la mitad no tienen historia de enfermedad litíasea^{2,5}. En nuestra serie, la edad media fue 82,25 ± 6,7 años, el 50% tenía antecedentes de enfermedad biliar con episodios previos de cólico biliar y la distribución por sexos fue homogénea, probablemente debido al pequeño número de casos.

Los síntomas suelen ser vagos e inespecíficos, como dolor abdominal y vómitos. Aunque la presentación clásica es la de un cuadro suboclusivo intermitente por el movimiento del cálculo a lo largo del intestino, se han descrito otras presentaciones más raras que pueden retrasar el diagnóstico y que ensombrecen el pronóstico. Los hallazgos analíticos son también inespecíficos⁵, son frecuentes la leucocitosis y aumento de reactantes de fase aguda, en relación con el proceso inflamatorio-infeccioso. En nuestra serie, la presencia de insuficiencia renal aguda fue una constante, secundaria a los vómitos y escasa ingesta. Ninguno de nuestros pacientes presentó alteraciones del perfil hepático.

Habitualmente, el diagnóstico se basa en las pruebas de imagen. La radiografía simple de abdomen puede mostrar la «tríada de Rigler», caracterizada por aerobilia, nivel hidroaéreo intestinal y la presencia de un cálculo biliar ectópico^{2,5,6}. La presencia de 2 de estos signos es diagnóstica de IB, aunque solo se identifican en el 30-35% de los casos⁵. De nuestros casos, 2 presentaban niveles hidroaéreos en la radiografía inicial y solo uno, aerobilia. La ecografía abdominal puede mostrar colelitiasis, aerobilia, fistula bilioentérica e incluso un cálculo impactado en la luz intestinal o ectópico^{2,3,5} migrado a través de una fistula bilioentérica; sin embargo, su sensibilidad es menor. Se realizó en 3 de nuestros pacientes, en 2 casos se describió presencia de colelitiasis sin datos de complicación y en uno fue imposible identificar la vesícula debido al contenido de aire en su interior. La TAC abdominal es el método de referencia para el diagnóstico, tiene una sensibilidad del

93%, una especificidad del 100% y una fiabilidad diagnóstica del 99%. Fue la prueba que permitió el diagnóstico preoperatorio en todos nuestros casos (tabla 1), en 2 ocasiones fue realizada en urgencias, permitiendo un diagnóstico más rápido y un tratamiento precoz. Los otros casos ingresaron en plantas médicas, presentando una demora diagnóstica media de 4,5 ± 0,7 días.

La causa más frecuente de IB es la impactación del cálculo en el íleon tras su paso a través de una fistula bilioentérica, generalmente colecistoduodenal², más raramente se produce en el yeyuno, el duodeno o el sigma¹. En nuestra serie, las obstrucciones se dieron principalmente en el yeyuno, un caso en el íleon y uno en el duodeno, desarrollando un síndrome de Bouveret. El tratamiento es quirúrgico, basado en la extracción del cálculo a través de una enterotomía que resuelva la obstrucción^{4,7}; sin embargo, la controversia surge a continuación. Hay autores que recomiendan la realización de la colecistectomía y la reparación de la fistula bilioentérica en el mismo acto quirúrgico para evitar la posibilidad de IB recurrente o complicaciones biliares posteriores. Esto solo es posible en pacientes con bajo riesgo quirúrgico³, pues al aumentar la complejidad y el tiempo quirúrgicos, aumenta la morbimortalidad de forma importante. Otros autores defienden el manejo en 2 fases, enterotomía y extracción en un primer tiempo y la colecistectomía con reparación de la fistula después, con un paciente en mejor estado⁵. No hay consenso sobre el periodo que debe transcurrir entre la primera y segunda fase, abarca de 4 semanas a 6 meses. Finalmente, hay quienes, basados en la baja incidencia de IB recurrente (5%)^{4,5}, realizan solo la enterotomía y la extracción del cálculo, principalmente en pacientes ancianos, frágiles o con comorbilidad importante²⁻⁴. En la totalidad de nuestros pacientes se optó por esta última estrategia, sin desarrollo de complicaciones importantes ni IB recurrente.

En conclusión, es fundamental establecer un algoritmo diagnóstico para la obstrucción intestinal que mejore la precisión diagnóstica y la elección del tipo de cirugía, permitiendo una menor morbimortalidad. El IB es una entidad poco común que suele presentarse en pacientes de edad avanzada y con comorbilidades asociadas; por ello, ante un cuadro clínico sospechoso, deben realizarse las pruebas radiológicas necesarias para su confirmación. No existen hasta el momento estudios aleatorizados que determinen un tratamiento estándar, recomendándose para pacientes con

elevada morbilidad la realización de una enterotomía con extracción del cálculo.

Conflicto de intereses

Declaramos no tener conflictos de intereses.

Bibliografía

1. Rodríguez-Hermosa J, Codina-Cazador A, Gironés-Vilá J, Roig-García J, Figueres M, Acero-Fernández D. Íleo biliar: resultados del análisis de una serie de 40 casos. *Gastroenterol Hepatol*. 2001;24:489–94.
2. Ploneda-Valencia C, Gallo-Morales M, Rinchon C, Navarro-Muñiz E, Bautista-López C, De la Cerda-Trujillo L, et al. Gallstone ileus: An overview of the literature. *Rev Gastroenterol Mex*. 2017;82:248–55.
3. Álvarez Chica L, Bejarano Cuéllar W, Rojas Cardozo O. Íleo biliar y síndrome de Bouveret. Lo mismo pero distinto. Descripción de dos casos y revisión de la literatura. *Rev Col Gastroenterol*. 2010;25:86–93.
4. Martín-Pérez J, Delgado-Plasencia L, Bravo-Gutiérrez A, Burillo-Putze G, Martínez-Riera A, Antonio Alarcó-Hernández V, et al. El íleo biliar como causa de abdomen agudo. Importancia del diagnóstico precoz para el tratamiento quirúrgico. *Cir Esp*. 2013;91:485–9.
5. Martín-Pérez J, Delgado-Plasencia L, Bravo-Gutiérrez A, Lorenzo-Rocha N, Burillo-Putze G, Medina-Arana V. Enterolitomía más colecistectomía precoz, una aplicación de cirugía de control de daños para pacientes con íleo biliar. *Cirugía y Cirujanos*. 2015;83:156–60.
6. Ramírez-Ramírez M, Villanueva-Saenz E, Zubieta-O'Farril G. *Rev Gastroenterol Mex*. 2016;81:103–4.
7. Sánchez-García M, Tomoui I, Reina-Escobar D, Delgado-Casado J. Causa infrecuente de obstrucción intestinal. *Semergen*. 2015;41:e18–20.