

ILEO BILIAR

BILIARY ILEUS

BEHASUN ILEOA

M. Echenique-Elizondo † (1), J.A. Amondaraín-Arratibel (2)

(1) Universidad del País Vasco. Unidad Docente de Medicina de San Sebastián. Donostia-San Sebastián. Gipuzkoa. España UE.

(2) Hospital Donostia. Departamento de Cirugía. Donostia-San Sebastián. Gipuzkoa. España UE.

Resumen

El íleo biliar es una complicación excepcional de la litiasis biliar, que se presenta como un cuadro de obstrucción intestinal

Palabras clave: Ileo. Biliar. Colelitiasis.

Summary

Biliary ileus is an exceptional complication of gallstones. It usually presents as an obstructive bowel complication.

Key Words: Biliary. Ileus. Cholelithiasis.

Laburpena

Behasun ileoa behasun harrienk sortutako azalpen oso arraroa da eta liseri itxitura moduan agertzen dena.

Giltza Hitzak: Behasun. Litiasia. Ileoa.

Correspondencia:

Miguel Echenique Elizondo.

UD Medicina. Universidad del País Vasco

P. Dr.P. Dr. Begiristain 105

20014 Donostia-San Sebastián. Gipuzkoa. España UE.

Tel. +34-943007319

Fax +34-943017330

Correo electrónico: gepecelm@sc.ehu.es

Enviado: 18/04/07 Aceptado: 25/02/08



Fig. 1. Radiografía simple de abdomen.

Fig. 2. Enterolitomía.

Fig. 3. Enterorragia.

INTRODUCCION

El íleo biliar es una complicación excepcional de la litiasis biliar, que se presenta como un cuadro de obstrucción intestinal (1). La primera descripción del íleo biliar fue hecha por Bartholín en 1645 en el curso de una autopsia, y ya en 1890 Courvoisier publicó una serie de 131 casos. Se debe a la existencia de una comunicación anormal entre la vía biliar y el tubo digestivo, siendo la más frecuente la fístula colecisto-duodenal y ulterior evacuación del cálculo hacia el tubo digestivo (1,2).

CASO CLINICO

Paciente mujer de 67 años de edad, sin antecedentes médicos ni quirúrgicos de importancia, consultó en urgencias por dolor abdominal tipo cólico en epigastrio e hipocondrio derecho de 5 días de evolución, asociado a fiebre vómitos biliosos por día. La US abdominal reveló colelitiasis y colecistitis aguda. Presentaba un cuadro febril (38°C), taquicardia, deshidratación. El examen cardiopulmonar era normal. El abdomen estaba distendido con peristalsis disminuida, y aumento de la resistencia muscular especialmente en el epigastrio, pero sin irritación peritoneal. Los exámenes de laboratorio evidenciaron leucocitosis de 14.700/mm³, hematocrito en 38%, glicemia en 128mg/dl, hiponatremia, creatinina en 1,4mg/dl y nitrógeno uréico en 46mg/dl. Las pruebas de función hepática, la amilase y la amilasa, estaban dentro de límites normales. La radiografía simple inicial de abdomen mostró un cuadro obstructivo del intestino delgado y aerobilia (Figura 1). Se realizó una laparotomía exploratoria, se encontró gran cálculo obstructivo a nivel de íleon terminal y extracción del mismo mediante una enterolitomía y enterorrafia (Figuras 2 y 3). Se identificó una fístula colecisto-duodenal que afectaba el fondo vesicular y la cara anterior. Se realizó colecistectomía y rafiaduodenal. El postoperatorio transcurrió sin incidencia.

El íleo biliar corresponde a un tipo de obstrucción intestinal mecánica causada por la impactación de cálculos biliares dentro del tracto gastrointestinal como resultado de una comunicación anómala entre éste y el sistema biliar obstrucción intestinal completa o incompleta, en pacientes generalmente de sexo femenino, aunque no exclusivamente, de edad avanzada y con antecedentes biliares (1). Las fístulas bilio-digestivas más comunes son las colecisto-duodenales (65-77%), le siguen las colecisto-cólicas (10-25%), y las colecisto-gástricas (5%), las colédoco-duodenales son mucho menos frecuentes. El íleo biliar está presente en el 1 al 3% de las obstrucciones mecánicas del intestino delgado. El sitio más frecuente de obstrucción es el íleon por su reducido calibre y débil peristaltismo. Se han descrito otras localizaciones tal como el duodeno (3-5%), conocido también como el Síndrome de Bouveret, yeyuno (15-31%) y colon (5-8%) de los casos (2). Existe un acuerdo en que lo primero a tratar sería la oclusión intestinal y secundariamente la fístula biliodigestiva. El tratamiento es quirúrgico y debe estar dirigido primordialmente a la obstrucción intestinal y secundariamente a la fístula bilio-digestiva, que puede realizarse o no simultáneamente, dependiendo de las condiciones locales y generales del paciente (3). Recientemente se han descrito casos de resolución mediante abordaje laparoscópico (4).

BIBLIOGRAFIA

- 1: Masannat Y, Masannat Y, Shatnawei A. Gallstone ileus: a review. Mt Sinai J Med. 2006;73(8):1132-4.
2. Reisner RM, Cohen JR. Gallstone ileus: a review of 1001 reported cases. Am Surg 1994; 60: 441-446.
- 3: Doko M, Zovak M, Kopljar M, Glavan E, Ljubic N, Hochstadter H. Comparison of surgical treatments of gallstone ileus: preliminary report. World J Surg. 2003 Apr;27(4):400-4.
- 4: Agresta F, Bedin N. Gallstone ileus as a complication of acute cholecystitis. Laparoscopic diagnosis and treatment. Surg Endosc. 2002;16(11):1637.