

Ileus biliar

Chaparro A, Morales R, Rodríguez G, Pizurno O (*)

RESUMEN

Se presenta el caso de un paciente de sexo femenino y 72 años con diagnóstico final de ileus biliar en quien la tomografía computarizada jugó un rol decisivo para el diagnóstico. El tratamiento realizado fue la enterolitotomía y la evolución fue favorable.

SUMMARY

A 72 years old women was admitted. She had as final diagnostic a biliar ileus. Computed tomography was essential tool for diagnostic. The patient was operated making an enterolitotomy and the outcome was favourable.

INTRODUCCIÓN

Se denomina ileus biliar a la obstrucción mecánica del intestino delgado o del colon como consecuencia del pasaje de uno o más cálculos a través de una fistula biliodigestiva (1). Fue descrita por primera vez por Bartolino en 1654 (2). La formación de fistulas colecistoentéricas generalmente va precedida de un episodio de colecistitis aguda, causando inflamación y adherencias perivesiculares (3, 4). El aumento de la presión endoluminal de la vesícula ocupada por litiasis generalmente única conlleva a la ulceración por decúbito y erosión de la pared vesicular y por último la formación de una fistula (2).

El lugar habitual de impactación de la litiasis es la válvula ileocecal, originando una oclusión intestinal alta.

A continuación presentamos el caso de una paciente que se interpretó inicialmente como una hernia epigástrica complicada.

PRESENTACIÓN DE CASO

Acude a la urgencia una mujer de 72 años de edad con antecedentes de 5 días de dolor en epigastrio, acompañado de tumoración dolorosa e irreductible en epigastrio y náuseas y vómitos. La paciente se conocía portadora de hernia epigástrica desde 5 años atrás, tos crónica y apendicectomizada en la adolescencia. Ingreso afebril, hemodinámicamente estable. El abdomen se presentaba globuloso a expensas de tejido adiposo, cicatriz de Mc Burney, con una tumoración en epigastrio de 5 cm de diámetro que no se modificaba con maniobras de Valsalva. A la palpación el abdomen era blando y depresible, con dolor a la palpación profunda en epigastrio coincidente con la presencia de tumoración irreductible, blanda elástica, sin signos inflamatorios, el resto del abdomen blando, depresible, no doloroso, sin defensa ni dolor a la descompresión. Ruidos hidroaéreos presentes. Examen

rectal y vaginal sin datos positivos de valor. Hemograma con glóbulos blancos de 6000 con 52% de neutrófilos, hemoglobina de 15 g/dL, hematocrito 43 %, glucemia 193, urea 210 mg/dL, creatinina 1,9 mg/dL, electrolitos, hepatograma, amilasemia y orina simple con valores dentro de rango normal. La placa simple de abdomen de pie mostraba dos niveles hidroaéreos en asas delgadas en región periumbilical sin otros datos llamativos de valor.

El diagnóstico presuntivo al ingreso fue hernia epigástrica estrangulada, obesidad, bronquitis crónica e insuficiencia renal prerrenal por deshidratación. Se realizaron las medidas de reexpansión hídrica y se procedió a la exploración quirúrgica; se constató que el contenido del saco era epiplón sin compromiso isquémico con un anillo de 2 cm de diámetro el cual fue reparado mediante herniorrafia y plicatura de los rectos.

En la evolución postoperatoria la paciente presentó dolor en hemiabdomen superior, distensión abdominal progresiva y ausencia de eliminación de gases, posteriormente náuseas y vómitos de contenido líquido verdoso que requirieron colocación de sonda nasogástrica. La placa simple de abdomen de pie mostraba persistencia de los niveles hidroaéreos. Se solicitó análisis de sangre siendo llamativa la elevación de la lipase 3 veces por encima del valor superior normal. Se realizó ecografía abdominal que informaba vesícula biliar pequeña de paredes engrosadas y litiasis en su interior, vías biliares no dilatadas, escaso líquido libre en cavidad y asas con escasa movilidad, páncreas de difícil evaluación por distensión de asas pero con aparentes características normales; no se observó aerobilia. Ante la duda diagnóstica y la sospecha de pancreatitis, se solicitó tomografía de abdomen con contraste donde oral y endovenoso donde se constata concreción cálcica en el interior de un asa delgada y páncreas normal. Se decide reintervenir a la paciente con sospecha de ileus biliar. Se constata litiasis de 4 cm de diámetro impactada en ileon a 50 cm de la válvula ileocecal. Se realizó la enterolitotomía proximal sin complicaciones. Al explorar el lecho vesicular se constató una vesícula pequeña sin litiasis palpable en su interior más una fistula colecistoduodenal. Debido al cuadro bronquítico crónico de la paciente, la edad avanzada y el compromiso general, se optó por concluir el acto quirúrgico. En la evolución postoperatoria la paciente presentó tos y catarro persistente más evisceración grado II que se decidió manejar conservadoramente con bolsa de Bogotá más faja de Montgomery. Se inició tolerancia oral al séptimo día postoperatorio. Finalmente la paciente fue dada de alta en su vigésimo séptimo día de internación una vez que se encontraba bloqueada la evisceración por tejido de granulación.

*) Segunda Cátedra de Cirugía – Hospital de Clínicas - Asunción - Paraguay



DISCUSIÓN

La oclusión intestinal por ileus biliar es infrecuente, el diagnóstico preoperatorio, dificultoso y el manejo quirúrgico, controvertido. Los signos y síntomas del ileus biliar son inespecíficos, lo que retrasa el diagnóstico en la mayoría de los casos; en promedio suele transcurrir entre 2 y 4 días desde la admisión hasta la cirugía (2). El ileus biliar es la causa del 1 al 4% de las oclusiones intestinales mecánicas. Este porcentaje asciende a 25% en pacientes mayores de 65 años, con un predominio femenino (3 a 6:1) (2). El diagnóstico diferencial se dificulta ante la concomitancia de hernias o cirugías previas.

El contenido habitual de una hernia epigástrica es la grasa preperitoneal y/o epiplón (1), siendo menos frecuente la presencia de vísceras. La presentación clínica de las hernias epigástricas es inespecífica, habitualmente con epigastalgia, dolor sobre la tumoración, náuseas, vómitos (1). Ambas patologías (ileus biliar y hernia epigástrica complicada) pueden producir un cuadro clínico similar. En el primer acto quirúrgico se pensó que la hernia epigástrica que presentaba la paciente justificaba el cuadro. Ante la evolución tórpida, el incremento del dolor y la elevación de lipasemia con antecedentes de litiasis vesicular se planteó la posibilidad de pancreatitis y en ese contexto se realizó una tomografía abdominal con lo que se llegó al diagnóstico correcto. De esto podemos deducir la importancia de

los métodos auxiliares para un diagnóstico preciso en el preoperatorio en pacientes que presentan un diagnóstico poco claro y un riesgo preoperatorio elevado.

Por muchos años el “gold estándar” para diagnóstico fue la radiografía simple de abdomen. La clásica triada de Rigler (neumobilia, litiasis ectópica y oclusión intestinal) se presenta sólo en un 50%, siendo más frecuente encontrar 2 de los 3 signos; con la combinación de otros medios de imágenes (ecografía, tomografía computada) la posibilidad de diagnóstico preoperatorio oscila entre 43 y 77% (2). En una revisión de 1001 casos (6), el diagnóstico fue mediante laparotomía en la mitad de los pacientes. Un alto índice de sospecha, sobre todo en mujeres mayores de 65 años con oclusión intestinal alta y antecedentes biliares, aumenta las posibilidades diagnósticas (6).

Las fistulas biliares son raras (3 a 5% de las colecistitis sintomáticas) y de todas ellas solo 7 a 10 % causan ileus biliar (4). La paciente presentó una fistula colecistoduodenal, lo cual es lo más frecuentemente reportado (entre un 60 y 86 %) siendo más raras otras ubicaciones (2, 3). El tamaño de la litiasis juega un papel importante en el desarrollo de un cuadro oclusivo; la mayoría de los autores considera poco probable que las litiasis menores de 2,5 cm causen oclusión mientras que las mayores a 5 cm tienen una alta probabilidad. El lugar de impactación más frecuente es el ileon terminal y la válvula ileocecal (4, 5).

BIBLIOGRAFIA

1. Ferraina P et al. Vías biliares, en: Ferraina P, Oria A. Cirugía de Michans. Buenos Aires: El Ateneo, 2002; 614-615.
2. Ayantunde A, Agrawal A. Gallstone Ileus: Diagnosis and Management. *World J Surg* (2007) 31:1292–1297
3. Masannat Y, Masannat Y, Shatnawey A. Gallstone Ileus: A Review. *Mt Sinai J Med*. 2006 Dic;73(8):1132-4
4. Arioli D, Venturini V, Masetti M et al. Intermittent gastric outlet obstruction due to a gallstone migrated through a cholecysto-gastric fistula: A new variant of “Bouveret’s syndrome”. *World J Gastroenterol* 2008 Ene 7; 14(1): 125-128
5. Reisner RM, Cohen JR. Gallstone ileus: a review of 1001 reported cases (abstract). *Am Surg* 1994; 60: 441-446
6. Chou JW, Hsu CH, Liao KF, Lai HC, Cheng KS, Peng CY, Yang MD, Chen YF. Gallstone ileus: Report of two cases and review the literature. *World J Gastroenterol* 2007; 13(8): 1295-1298
7. Gürleyik G, Gürleyik E. Gallstone ileus: demographic and clinical criteria supporting preoperative diagnosis (abstract). *Ulus Travma Derg*. 2001 Jan;7(1):32-4.