

OBSTRUCCIÓN INTESTINAL SECUNDARIA A ÍLEO BILIAR.

HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS JOSE MARIA RAMOS MEJIA, BUENOS AIRES, ARGENTINA.

AUTORES: Dra. Camila Contreras(1), Dra. Gisela Cinquini.(2)

(1) Medica residente de segundo año, (2) Medica residente de primer año

DECLARAMOS NO TENER NINGÚN CONFLICTO DE INTERÉS

PRESENTACION DEL CASO

Paciente masculino de 36 años, con cuadro clínico 4 días de evolución caracterizado por dolor abdominal asociado a ausencia de deposiciones y emesis.



HALLAZGOS IMAGENOLOGICOS



Neumobilia, dilatación de la segunda, tercera y cuarta porción del duodeno, yeyuno proximal, abundante contenido líquido y dos imágenes radiopacas endoluminales en el interior del yeyuno, de 43 mm y 35 mm; compatibles con litos vesiculares, que provocan obstrucción intestinal, con colapso distal. Se identifica trayecto fistuloso que comunica la vesícula con la pared medial de la segunda porción del duodeno. Ingurgitación de la vasa recto mesentérica que irriga el intestino delgado como signos de estasis. Apendicecolito de 9.5 mm en la punta apendicular asociado a edema submucoso apendicocecal y del colon descendente. Leve cantidad de líquido libre en fondo de saco recto vesical.

DISCUSION

El íleo biliar es precedido por colecistitis aguda, se produce adherencia entre la vesícula y el duodeno. El efecto isquémico por disminución del flujo (arterial, venoso y linfático) y la presión ejercida por los litos conlleva a la erosión de las paredes y la formación de una fístula colecistoentérica que conduce el paso de los litos hacia el intestino. El sitio de localización más frecuente de la fístula colecistoentérica es el duodeno (68-96.5%). El componente reactivo de la bilis induce a la impactación del cálculo biliar, generalmente en el íleon terminal y la válvula ileocecal produciendo obstrucción intestinal.

El diagnóstico diferencial se establece con el síndrome de Mirizzi.

En la radiografía de abdomen se puede observar la tríada de Rigler, (Neumobilia, imagen radiopaca ectópica y distensión intestinal).

El ultrasonido confirma la presencia de litos en la vesícula biliar, litos ectópicos, fístula bilioentérica y en algunas ocasiones el lito impactado en el intestino.


La tomografía contrastada tiene una sensibilidad del 93% y especificidad del 100%, por lo que se considera gold standard para el diagnóstico de íleo biliar. Determina la localización, causa y nivel de la obstrucción, presencia de lito ectópico, tamaño del lito y presencia de fístula bilioentérica.



CONCLUSION

El íleo biliar es una complicación rara de la colecistitis y es una causa infrecuente de obstrucción intestinal mecánica, conlleva una alta tasa de mortalidad y complicaciones posquirúrgicas que en otros tipos de obstrucción intestinal.

Los métodos imagenológicos, destacando la TC permiten un diagnóstico precoz basado en la presencia o no de litiasis biliar ectópica, neumobilia y obstrucción intestinal.





BIBLIOGRAFIA

1. Belmontes CM, Pintor BJC. Íleo biliar, una causa infrecuente de oclusión intestinal Presentación de un caso clínico y revisión de la literatura. Rev Fac Med UNAM. 2015;58(1):33-39.
 2. Abou-Saif A, Al-Kawas FH. Complications of gallstone disease: Mirizzi syndrome, cholecystocholedochal fistula, and gallstone ileus. Am J Gastroenterol. 2002 Feb;97(2):249-54. doi: 10.1111/j.1572-0241.2002.05451.x. PMID: 11866258.
 3. Beuran M, Ivanov I, Venter MD. Gallstone ileus--clinical and therapeutic aspects. J Med Life. 2010 Oct-Dec;3(4):365-71. PMID: 21254732; PMCID: PMC3019077
- 