

**Medicent Electrón 2024;28:e3692**  
**ISSN 1029-3043**

Informe de Caso

## **Íleo biliar como causa excepcional de oclusión intestinal mecánica**

Gallstone ileus as an exceptional cause of mechanical  
bowel obstruction

Joaquín Alejandro Solarana Ortíz<sup>1\*</sup><https://orcid.org/0000-0001-9633-7086>

Dorlandis Montalvo Vega<sup>1</sup><https://orcid.org/0000-0001-9004-4127>

Dalbert Martínez Castro<sup>1</sup><https://orcid.org/0000-0002-5091-8157>

Dayanara Cuervo Rojas<sup>2</sup><https://orcid.org/0000-0003-2051-2989>

Pedro Lázaro Fernández Sanz<sup>3</sup><https://orcid.org/0000-0002-7802-8738>

<sup>1</sup>Hospital Clínico Quirúrgico «Lucía Íñiguez Landín». Holguín. Cuba

<sup>2</sup>Policlínico Docente. Holguín. Cuba.

<sup>3</sup>Hospital General Universitario «Vladimir I. Lenin». Holguín. Cuba.

\*Autor para la correspondencia: Correo electrónico: [joaquinhlq@infomed.sld.cu](mailto:joaquinhlq@infomed.sld.cu)

### **RESUMEN**

El íleo biliar es un tipo de oclusión intestinal mecánica de íleon terminal, complicación poco común de la coledoclitiasis, donde los cálculos biliares ingresan a la luz intestinal a través de fístulas bilio-entéricas espontáneas a estómago, duodeno, yeyuno y colon; representa entre 1 % al 3 % de las causas de oclusión

intestinal mecánica. El conocimiento del cuadro clínico y sus complicaciones debe ser del dominio de todo cirujano. El objetivo es describir el manejo terapéutico exitoso relativo a la oclusión intestinal mecánica secundaria a íleo biliar. En el Hospital General Universitario «Vladimir I. Lenin» de Holguín, se presenta una paciente de 89 años operada de urgencia con el diagnóstico de esta enfermedad. Se le realizó incisión media supra e infra umbilical; se extrajo el cálculo mediante enterotomía longitudinal y el cierre a través de enterorrafia transversal.

**DeCS:** coleditiasis; enfermedades de los conductos biliares; fístula gástrica.

## ABSTRACT

Gallstone ileus is a type of mechanical bowel obstruction of the terminal ileum, a rare complication of cholelithiasis, where gallstones enter the intestinal lumen through spontaneous biliary-enteric fistulas to the stomach, duodenum, jejunum, and colon; it represents between 1% and 3% of the causes of mechanical bowel obstruction. Its clinical manifestations and complications should be known by every surgeon. The objective is to describe the successful therapeutic management related to mechanical bowel obstruction after gallstone ileus. We present an 89-year-old female patient who underwent emergency surgery at "Vladimir I. Lenin" General University Hospital in Holguín due to this condition. A median supra- and infra-umbilical incision was made; the stone was extracted by longitudinal enterotomy and closed by transverse enterorrhaphy.

**MeSH:** cholelithiasis; bile duct diseases; gastric fistula.

Recibido: 4/11/2023

Aprobado: 20/12/2023

Las obstrucciones del intestino delgado, secundaria a la impactación de cálculos biliares, se denomina íleo biliar;<sup>(1)</sup> es una complicación poco común de la



colecistitis,<sup>(2)</sup> donde los cálculos biliares ingresan a la luz intestinal a través de fístulas bilio-entéricas espontáneas a estómago, duodeno, yeyuno y colon;<sup>(1)</sup> la más frecuente se localiza entre la vesícula biliar y el duodeno, ocluyendo -por lo general- el íleon terminal.<sup>(3)</sup> Constituye, del 1 % al 3 % de las causas de oclusión intestinal mecánica; la tasa de mortalidad asociada al íleo biliar abarca de un 12 % a 27 % y alcanza hasta alrededor del 25 % en edades geriátricas, con mortalidad no despreciable debido a las comorbilidades asociadas. Es más prevalente en mujeres, con una proporción mujer/hombre de 3,6: 1; los pacientes suelen ser mayores de 65 años de edad.<sup>(2,4)</sup>

El íleo biliar constituye una causa poco frecuente de oclusión intestinal mecánica, en muchas oportunidades es de difícil diagnóstico si no se le considera, por ello, el conocimiento de su cuadro clínico y sus complicaciones deben ser del dominio de todo cirujano.

### **Presentación del paciente**

Paciente femenina de 89 años de edad, raza blanca, de procedencia rural, con antecedente de padecer -por alrededor de 20 años- de hipertensión arterial y diabetes mellitus, la cual cumple tratamiento regular. Acudió al servicio de urgencias por presentar parada de la emisión de heces y gases con 48 horas de evolución, vómitos escasos y amarillentos, sin restos de alimentos y fétidos, se acompañaba de dolor abdominal intenso y ligera distensión abdominal.

Los exámenes de laboratorio mostraron leucocitosis en  $14 \times 10^9/L$ , a predominio de polimorfonucleares e ionograma con hipocaliemia ligera en 3,2 meq/L.; los demás estudios de hemoquímica se reportaron dentro de límites normales.

Al realizar ecografía abdominal, se encontró vesícula biliar con múltiples imágenes de litiasis en su interior, midiendo la mayor 12mm, paredes finas, no dilatación de vías biliares intra ni extra hepáticas. Se observan asas intestinales de fosa iliaca izquierda y derecha con líquido intra asas, dilatadas y con peristalsis disminuidas.



En la radiografía simple de abdomen vista PA de pie se objetivó una dilatación de intestino delgado con niveles hidroaéreos sugestivos de patrón obstructivo y la presencia de una imagen intra asas radiopaca subjetiva de litiasis y neumobilia (Triada de Rigler). (Figura1)



**Figura1.** Obstrucción intestinal, neumobilia y presencia de litiasis única dentro del intestino.

Es operada de urgencia con diagnóstico de oclusión intestinal mecánica, se le realizó incisión media supra e infra umbilical; se exploró la cavidad encontrando asas delgadas distendidas y el factor obstructivo (litiasis única) a 40 cm de la válvula ileocecal (Bawhin). Se extrajo el cálculo mediante enterotomía longitudinal y se realizó cierre a través de enterorrafia transversal. (Figura 2)



**Figura 2.** Laparotomía. Extracción de la litiasis del intestino delgado, única, de 3 cm.

### Comentario

La fístula aparece cuando hay episodios recurrentes de colecistitis aguda, la misma genera una amplia inflamación, y adhesiones entre la vesícula biliar y el tracto digestivo.<sup>(1,5)</sup> El cálculo biliar impactado que se encuentra en contacto cercano con una mucosa inflamada, primero desarrolla isquemia, luego necrosis; debido a la inflamación asociada de la pared de la vesícula biliar con el ducto hepático o el ducto biliar común, eventualmente, los cálculos erosionan a través de ellas formando una fístula. Esto aplica a la formación de otras fístulas biliares, como las colecistoduodenales, las cuales, en la mayoría de los casos, son necesarias para el desarrollo del íleo biliar.<sup>(5)</sup>

El lugar más frecuente de formación de las fístulas es entre la vesícula biliar y el duodeno, representando el 85 % de todos los tipos. El otro 15 % son fístulas hepatoduodenales, coledocoduodenales, colecistogástricas, colecistoyeyunales y colecistocolónicas.<sup>(6)</sup> Otro mecanismo de obstrucción es el paso de pequeños cálculos que migran a través de la ampolla de Vater, seguido de crecimiento *in situ*, de pequeños cálculos que impactan en un intestino estenosado (por ejemplo en la enfermedad de Crohn) o la migración inadvertida del cálculo biliar durante la manipulación de la vesícula biliar mientras se realiza una colecistectomía. El

tamaño del cálculo es significativo para el inicio de la obstrucción intestinal y debe medir al menos, 2 cm de diámetro para causar obstrucción. Habitualmente, se trata de cálculos grandes, que generalmente miden más de 2,5cm y son únicos; sin embargo, se reportan casos de ileo biliar recurrente por varios cálculos. En la mayoría de los casos, el sitio de la obstrucción se produce en el ilion terminal 60 % seguido del ileon proximal (25 %) y de manera infrecuente, en el yeyuno (9 %), el colon sigmoide (4 %) o el duodeno (2 %).<sup>(7,8,9)</sup>

Estudios de imágenes como la radiografía simple de abdomen, el ultrasonido abdominal y la tomografía computarizada son complementos para el diagnóstico temprano de esta entidad.<sup>(10)</sup> La tomografía computarizada con medio de contraste, se considera el método de elección para el diagnóstico de IB, con una sensibilidad mayor del 90 %. Es importante descartar aquellas causas más comunes de oclusión intestinal, como las adherencias, la hernia incarcerada/estrangulada, el tumor abdominal y el vólvulo.<sup>(11)</sup> El tratamiento es quirúrgico para la resolución de la obstrucción intestinal en un primer tiempo; habitualmente, se requiere una segunda intervención quirúrgica para la resolución de la fístula bilio-digestiva.<sup>(12)</sup>

Según Soler Vaillant,<sup>(3)</sup> con el desarrollo tecnológico no se debe olvidar la evolución de los procedimientos laparoscópicos; se han reportado pequeñas series donde se ha realizado con éxito la entero litotomía, por esta vía; sin embargo, son destacables las dificultades para el examen de todo el intestino con tiempo quirúrgico más largo, debido a la distensión intestinal secundaria a la obstrucción.



## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ploneda-Valenciaa CF, Gallo-Morales M, Rinchonb C, Navarro-Muñiza E, Bautista-López LF, de la Cerda-Trujillo LA, et al. El íleo biliar: una revisión de la literatura médica. Rev Gastroenterol Mex [internet]. 2017 [citado 20 feb. 2020];82(3):[aprox. 6 p.]. Disponible en: <http://www.revistagastroenterologiamexico.org/es-el-ileo-biliar-una-revision-articulo-S0375090617300137>
2. Toral-Chan AI, Palacio-Padrón A, Vázquez-Hernández R. Íleo biliar: un reto diagnóstico y terapéutico. Rev Hosp Jua Mex [internet]. 2019 [citado 10 ene. 2021];86(2):[aprox. 4 p.]. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/juarez/ju-2019/ju192f.pdf>
3. Soler Vaillant R, Mederos Curbelo ON. Generalidades en Cirugía. 5<sup>ta</sup> ed. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2018.
4. Martín Pérez J, Delgado Plasencia L, Bravo Gutiérrez A, Burillo-Putze G, Martínez-Riera A, Alarcó-Hernández A, et al. Gallstone ileus as a cause of acute abdomen. Importance of early diagnosis for surgical treatment. Cir Esp [internet]. 2013 Oct [citado 2017 feb. 10]; 91(8):[aprox. 4 p.]. Disponible en: <https://www.elsevier.es/en-revista-cirugia-espanola-english-edition--436-articulo-gallstone-ileus-as-cause-acute-S2173507713002561>
5. Aguiar-Espinosa F, Masa-Sánchez R, Vargas-Solis F, Guerrero-Martines GA, Medina-Reves JL, Flores PL. Fistula colicistoduodenal, complicación infrecuente de litiasis vesicular: nuestra experiencia en su manejo quirúrgico. Rev Gastroenterol Mex [internet]. 2017 [citado 12 nov. 2019];82:[aprox. 8 p.]. Disponible en: <http://www.revistagastroenterologiamexico.org/es-fistula-colecistoduodenal-complicacion-infrecuente-litiasis-articulo-S0375090617300423>
6. Franco Avilés L, Tonalli Arce-Guridi H, Mercadoa U. Síndrome de Bouveret: una rara variante de íleo biliar. Rev Med Inst Mex Seguro Soc [internet]. 2016 [citado 20 feb. 2017];54(4):[aprox. 3 p.]. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2016/im164r.pdf>



7. Beuran M, Ivanovl Venter MD. Gallstone ileus-clinical and therapeutic aspects. J Med Life [internet]. 2010 Oct [citado 2017 feb. 2020];3(4):[aprox. 6 p]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3019077/>
8. Beltrán MA, Csendes A. Mirizzi syndrome and gallstone ileus: an unusual presentation of gallstone disease. J Gastrointest Surg 2005 [citado 2017 ene. 18];9(5):[aprox. 3 p]. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1091255X0400472X>
9. Negretti N, Giménez S, Raichholz G, Sañudo JL. Íleo biliar: Reporte de un caso de fistula colecistoduodenal asociada a hernia inguinal izquierda. Rev Chil Radiol [internet]. 2017 [citado 20 feb 2020];23(1):[aprox. 4 p.]. Disponible en: [https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-93082017000100005](https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-93082017000100005)
10. Ramírez Chacón J, Miranda Castañeda MC, Boza Mora JA. Íleo biliar, resolución quirúrgica en un solo tiempo: Evolución postoperatoria. Reporte de caso. Rev Med Univ Costa Rica [internet]. 2017 [citado 20 feb. 2020];11(2):[aprox.8 p.]. Disponible en: <https://revistas.ucr.ac.cr/index.php/medica/article/view/34578/34112>
- 11.- Salazar-Jiménez MI, Alvarado-Durán J, Fermín-Contreras MR, Rivero-Yáñez F, Lupian-Angulo AI, Herrera-González A. Íleo biliar, revisión del manejo quirúrgico. Cir Cir [internet]. 2018 [citado 20 feb. 2020];86:[aprox. 5 p.] .Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/circir/cc-2018/cc182k.pdf>
12. Brandariz Gil L, Fernández de Miguel T, Perea J. Tríada de Rigler en íleo biliar. Rev Esp Enferm Dig [internet]. 2016 [citado 20 feb. 2020];108(9):[aprox.1 p.]. Disponible en: [https://scielo.isciii.es/pdf/diges/v108n9/es\\_imagenes6.pdf](https://scielo.isciii.es/pdf/diges/v108n9/es_imagenes6.pdf)

### Conflictos de intereses

Los autores declaran que no existen conflictos de intereses.

