



Cirugía Española



www.elsevier.es/cirugia

P-624 - ÍLEO BILIAR: REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA A PROPÓSITO DE UNA SERIE DE CASOS

Valero Soriano, María; Pastor Pérez, Patricia; Ruiz Marín, Miguel; Medina Manuel, Esther; Fernández Fernández, Pedro Vicente; Giménez Francés, Clara; López Morales, Pedro; Albarracín Marín-Blázquez, Antonio

Hospital General Universitario Reina Sofía, Murcia.

Resumen

Introducción: El íleo biliar es una complicación infrecuente (0,3-0,5%) de la colelitiasis, que ocasiona una obstrucción intestinal mecánica debido a la impactación de cálculos biliares migrados hacia la luz intestinal a través de una fístula bilioentérica no tratada. Representa el 1-4% de todas las causas de obstrucción intestinal, llegando hasta el 25% en mayores de 65 años y es más prevalente en mujeres (ratio 3,5-6:1).

Casos clínicos: Se presentan 4 casos de íleo biliar tratados en los últimos 10 años en nuestro hospital. La edad media de los pacientes fue de 77,5 años, siendo el 75% de sexo femenino. La mitad presentaba enfermedades cardiovasculares como fibrilación auricular, y un 25% presentaba además hipertensión y diabetes. El 100% presentó clínica de obstrucción intestinal con náuseas, vómitos y estreñimiento y el 75% asociaba dolor abdominal generalizado. Se realizó en todos los casos una TC abdominopélvica con contraste objetivando en el 100% dilatación de asas intestinales, en un 50% litiasis endoluminal y en un 75% neumobilia. Además, en un caso se observaron alteraciones morfológicas de la vesícula biliar. El manejo fue quirúrgico en todos los casos mediante enterotomía y extracción. La estancia hospitalaria media fue de 10 días y no se produjo recidiva durante el seguimiento.

Discusión: El origen del íleo biliar es una fístula bilioentérica producida tras episodios inflamatorios recurrentes de la vesícula biliar, generándose adherencias con el tracto digestivo, frecuentemente a nivel colecistoduodenal (85%). El lugar más común de impactación de la litiasis es el íleon terminal y la válvula ileocecal (60%), debiendo tener unos 2,5 cm de diámetro para que cause obstrucción. Habitualmente, existe un retraso diagnóstico de unos 4-8 días pues la sintomatología es inespecífica, debiéndose sospechar si se objetiva la triada de Mordor: antecedentes de colelitiasis, signos de colecistitis aguda y aparición repentina de sintomatología de obstrucción intestinal. La TC abdominopélvica con contraste es el gold estándar, pudiendo objetivar la triada de Rigler: presencia de litiasis ectópicas, neumobilia y distensión de asas de intestino delgado compatibles con obstrucción intestinal. Es patognomónica del íleo biliar y la presencia de 2 de estos signos, establece el diagnóstico. El tratamiento es quirúrgico aunque, actualmente, existe controversia sobre el manejo de la fístula, dependiendo de la condición general del paciente. La técnica más recomendada y segura es la enterolitotomía, consistente en la extracción del cálculo biliar mediante una enterotomía, apropiada para pacientes de elevado riesgo quirúrgico, pues conlleva menor morbilidad. Sin embargo, la tasa de morbilidad sigue siendo elevada debido a factores no modificables como la edad avanzada, las múltiples comorbilidades cardiovasculares y respiratorias y el retraso en el inicio de síntomas. El íleo biliar es una patología infrecuente que se manifiesta clínicamente como una obstrucción intestinal. El manejo es quirúrgico, aunque todavía existen controversias en cuanto al tratamiento únicamente de la obstrucción

intestinal o incidir sobre la patología biliar, que dependerá de la condición general del paciente. Es importante tener un alto índice de sospecha, puesto que existe un retraso diagnóstico y terapéutico que puede llevar a complicaciones más graves.