

## Cartas al director



### Hernia inguinal como causa de íleo biliar colónico

#### Sr. Director:

El íleo biliar es una obstrucción intestinal mecánica causada por la impactación de uno o más cálculos de origen biliar dentro de la luz intestinal, siendo la causa del 1-3% de las obstrucciones intestinales mecánicas e incrementándose hasta el 25% en pacientes mayores de 65 años<sup>1-4</sup>.

La obstrucción colónica es una entidad muy infrecuente constituyendo tan sólo el 4,1% de los íleos biliares<sup>2,5</sup>, producida normalmente por el paso de un molde biliar a través de una fístula colecistocolónica con impactación en un sigma previamente patológico<sup>6,7</sup>.

Varón de 73 años, con cardiopatía y bronquitis grave, sin intervenciones quirúrgicas previas, que acudió a urgencias con un cuadro de dolor abdominal difuso y cólico, vómitos biliosos y ausencia de deposiciones desde hacía 3 días.

En la exploración presentaba un abdomen distendido y timpánico con ausencia de ruidos intestinales, no doloroso a la palpación, ausencia de heces en ampolla rectal y presencia de una hernia inguinal izquierda no complicada. El paciente refería un cuadro de colecistitis aguda tratada médicamente hacía 6 años.

La analítica de urgencias (hemograma, bioquímica y coagulación) fue normal. En la radiografía simple de abdomen se apreciaba una dilatación del colon e intestino delgado con valores hidroaéreos a partir del sigma y neumobilia. En la ecografía abdominal se visualizaba un cuerpo extraño intraluminal en el colon sigmoide.

El enema opaco y TC abdominal con contraste hidrosoluble (fig. 1) confirmaron un cuerpo extraño intraluminal impactado en una hernia inguinal izquierda con sigma deslizado, causante de un cuadro obstructivo.

Dada la situación del paciente, se realizó una colonoscopia diagnóstico-terapéutica con el intento de desimpactar el probable molde biliar, siendo ésta infructuosa.

Ante la sospecha de íleo biliar colónico se decidió la intervención quirúrgica urgente confirmando el diagnóstico previo y realizándose exclusivamente colotomía a la altura del colon descendente con extracción de un molde biliar de 6 × 6,5 × 3 cm. No se realizó cirugía sobre la fístula colecistocolónica hallada ni de la hernia inguinal deslizada, dada la mala situación general del paciente. El paciente fue dado de alta al sexto día sin complicaciones.

Actualmente el paciente está asintomático. En los controles seriados de ecografía y TC abdominal se aprecia una fístula biliodigestiva residual, siendo el resto normal. Dadas las circunstan-

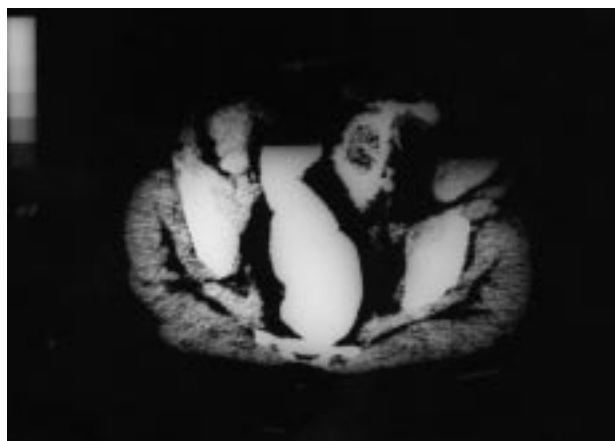


Fig. 1. TC abdominal. Cuerpo extraño intraluminal en sigma causante del cuadro obstructivo.

cias del paciente (edad, enfermedad asociada y estado clínico actual), se ha decidido no realizar cirugía biliar en un segundo tiempo.

El íleo biliar constituye una entidad cada vez más infrecuente en nuestro medio debido al incremento de las colecistectomías realizadas en la actualidad<sup>1</sup>. Se produce más frecuentemente en mujeres, con una relación con respecto a los varones variable según las series, entre 3:1 y 16:1, siendo la edad media de presentación de 70 años (rango: 65-75), implicando pacientes con enfermedades de base asociadas en un 80-90% de ellos<sup>1-3,6</sup>.

El lugar más frecuente de impactación es el íleon terminal (50-75%), seguido del yeyuno y estómago, siendo muy infrecuente en el duodeno (síndrome de Bouveret) y en el colon<sup>1-3,7,9</sup>. La obstrucción en el colon se asocia con la existencia de un colon patológico (estenosis tras diverticulitis aguda, neoplasia subyacente, etc.) que facilita la impactación de cálculos biliares, como ocurrió en nuestro caso, donde la presencia de una hernia con sigma deslizado impidió la progresión de un molde biliar llegado a través de una fístula colecistocolónica<sup>3,4,10,11</sup>.

Se presenta clínicamente como un cuadro insidioso e inespecífico de obstrucción intestinal, sin coexistir historia biliar previa en un 30-50% de los pacientes, lo que conlleva un diagnóstico preoperatorio exacto apoyado en los métodos complementarios radiológicos en tan sólo un 43% de los casos<sup>1-3,6,8</sup>.

Rigler describió los cuatro signos radiológicos del íleo biliar: a) distensión de asas intestinales con valores hidroaéreos; b) neumobilia; c) visión directa del cálculo, y d) cambio en la situación topográfica del cálculo previamente visualizado. La presencia de dos de los tres primeros signos ocurre en un 40-50% de las veces y es considerado patognomónico de íleo biliar<sup>1-4</sup>.

La ecografía abdominal es extremadamente útil en la detección de la fístula, la impactación del cálculo y la presencia de colelitiasis residual y/o coledocolitiasis<sup>2,3,7</sup>.

El enema opaco y la TC con gastrografía retrógrada nos ayudan a localizar el sitio de impactación y a diferenciarlo de una neoplasia colónica estenosante<sup>2,3,9</sup>.

La extracción transanal o colonoscópica de los cálculos raramente es efectiva<sup>12</sup>, por lo que el tratamiento de elección es quirúrgico<sup>1-3,9</sup>.

La intervención consiste en la realización de una colotomía con extracción de los cálculos, asociando, si se precisa, una re-

sección segmentaria del colon afectado (neoplasia, diverticulitis, etc.)<sup>1-3,6,8</sup>.

Existe controversia en la realización de la cirugía biliar (colecistectomía más cierre de la fístula biliar) en la misma operación ("un tiempo")<sup>13-15</sup>, más adelante ("en dos tiempos")<sup>4,5,16,17</sup> o no intervenirla. La mayoría de los autores recomiendan la intervención quirúrgica limitada al tratamiento de la obstrucción, dejando para un segundo tiempo la cirugía biliar sólo si el paciente presenta clínica posterior al cuadro agudo<sup>1-3,6,8</sup>.

Según algunos autores, las fístulas colecistocolónicas, por el elevado riesgo de desarrollar colangitis, gangrena y síndrome de mala absorción, y las fístulas colecistoduodenales en pacientes jóvenes sin enfermedad asociada importante se deben reparar en la misma intervención si las condiciones del paciente lo permiten<sup>1,3,6,8-11</sup>.

**A. Arroyo, D. Costa, J. Lacueva, P. Serrano, F. Candela,  
I. Oliver, F. Pérez, R. Ferrer, P. García y R. Calpena**

Servicio de Cirugía General y Aparato Digestivo.  
Hospital General Universitario de Elche. Elche. Alicante.

## Bibliografía

- Sevilla Molina M, Sánchez Blanco JM, Escribano Negueruela L, Gómez Rubio D, Recio Moyano G, Campoy Martínez P. Íleo biliar: ¿sólo enterotomía o cirugía definitiva? *Rev Esp Enf Digest* 1992; 81: 407-410.
- Reisner RM, Cohen JR. Gallstone ileus: a review of 1001 reported cases. *Am Surg* 1994; 60: 441-446.
- Clavien PA, Richon J, Burgan S, Rohner A. Gallstone ileus. *Br J Surg* 1990; 77: 737-742.
- Pelayo Salas A, Sola Martí R, Casals Garrigo R, Nias Carcaball MC, De la Fuente Juárez MC, Ferminán Rodríguez A et al. Valoración del paciente con íleo biliar. Tratamiento y seguimiento. *Cir Esp* 2000; 67: 264-267.
- López Martínez C, Planells Roug M, García Espinosa R, Rodero Rodero. Íleo biliar. Aportación de nuestra casuística (21 casos). *Cir Esp* 1997; 61: 357-360.
- Serrano R, Montañana A, Lacasa J. Colelitiasis y fístula colecistocolónica: una rara forma de íleo biliar. *Rev Esp Enf Digest* 1990; 77: 55-57.
- Pérez Morera A, Pérez Díaz D, Calvo Serrano M, De Fuentemayor Valera ML, Martín Merino R, Turegano Fuentes F et al. Acute obstruction of the colon secondary to biliary lithiasis. *Rev Esp Enf Dig* 1996; 88: 805-808.
- Rodríguez Sanjuán JC, Casado F, Fernández MJ, Morales DJ, Naranjo A. Cholecystectomy and fistula closure versus enterolithotomy alone in gallstone ileus. *Br J Surg* 1997; 84: 634-637.
- Milsom JW, McKeigan JM. Gallstone obstruction of the colon. Report of two cases and review of management. *Dis Colon Rectum* 1985; 5: 367-370.
- Anselme P. Colonic gallstone ileus. *Postgrad Med J* 1981; 57: 62-65.
- Slasky BS, Campbell WL. Cholecystosigmoid fistula. *Am J Gastroenterol* 1983; 78: 276-279.
- García López S, Sebastián JJ, Uribarrena R, Solanilla P, Artigas JM. Successful endoscopic relief of large bowel obstruction in a case of a sigmoid colon gallstone ileus. *J Clin Gastroenterol* 1997; 24: 291-292.
- Capitán LC, Fernández F, Vaquero M, López Y, Pacheco JM, Nogales A et al. Íleo biliar. Revisión de nuestra casuística (11 casos). *Cir Esp* 1995; 58: 350-354.
- Ruiz HD, Bruno M, Almasque O, García R, Giménez Dixon M, Failace R et al. Morbimortalidad en íleo biliar: estudio comparativo de dos décadas. *Cir Esp* 1997; 62: 191-194.
- Heuman R, Sjö Dahl R, Wetterfors J. Gallstone ileus: an analysis of 20 patients. *World J Surg* 1980; 4: 595-600.
- Cañizares Díaz JL, Docobo Durante F, Fernández Martín M, Sousa Vaquero JM, Lozano Crivell M, Fernández Dovole M. Íleo biliar: nuestra experiencia de 15 años. *Cir Esp* 1996; 59: 317-320.
- Zuegel N, Hehl A, Lindemann F, Witte J. Advantages of one-stage repair in case of gallstone ileus. *Hepatogastroenterol* 1997; 44: 59-62.