



<https://www.elsevier.es/semergen>

160/1530 - Complicación inusual de una litiasis biliar

Á.H. Góngora Tirado^a, L. Fernández Salinas^b, M. Ferrer Esteve^b, V. Pérez-Chirinos^c, M.J. Díaz Mora^d, E.C. Castillo Espinoza^c, J.C. Gómez Adrián^e, Z. Correcher Salvador^a, J. Prieto Nave^f y J.I. García García^g

^aMédico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Almassora. Hospital General de Castellón. Castellón. ^bMédico Residente de 1º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Almassora. Hospital General de Castellón. Castellón. ^cMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Almassora. Hospital General de Castellón. Castellón. ^dMédico Residente de 1º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Puerto de Sagunto II. Hospital de Sagunto. Valencia. ^eMédico Residente de 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Puerto de Sagunto II. Hospital de Sagunto. Valencia. ^fMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Almassora. Castellón. ^gMédico de Familia. Centro de Almassora. Castellón.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 86 años quien acude a urgencias por cuadro clínico de 1 semana de evolución de náuseas y vómitos alimentarios en número de 3 a 4 por día, haciendo en los últimos 2 días de contenido biliar y de predominio a las 2 o 3 horas postprandiales. Además asocia dolor en hipocondrio derecho, tipo cólico, no irradiado y que no mejora tras las emesis. Niega fiebre o más síntomas asociados. Había consultado 3 días antes por mismos vómitos, aunque de contenido gástrico y diarreas líquidas sin productos patológicos. Ese día fue dada de alta tras fluidoterapia y antieméticos por mejoría clínica. Relevante en la consulta previa una Rx de Abdomen que evidenciaba una imagen en HPD compatible con colelitiasis. (aprox. 3 cm). AP: DM 2, ERC Est. 3, anemia ferropénica y artrosis. Barthel 75. Tratamiento habitual: metformina, glibenclamida, hierro oral y paracetamol.

Exploración y pruebas complementarias: TA: 126/40 mmHg. FC: 80 ppm. T^a: 37,3 °C. SO2: 97%. Regular estado general, álgida, pálida y deshidratada. Eupneica. ACP: tonos ritmicos sin soplos. Buena ventilación pulmonar. ABD: distendido, blando, depresible, doloroso en flanco derecho y epigastrio, Murphy-, Blumberg -, PPL bilateral -, peristaltismo aumentado. Neurológico: sin focalidad. Destaca leucos: 15.000, N: 80%, Hb: 9,7, VCM: 77,3. PCR: 60,24, Na: 132, gasometría venosa pH 7,5, PCO2 34 y bicarbonato 26,5. Resto normal. Rx tórax: sin hallazgos patológicos. Rx abdomen: aire en vía biliar, imagen radiopaca en FID de 35 mm que en estudio de 3 días previos se localizaba en HPD, hallazgos sugerentes de íleo biliar. TAC abdominal: litiasis ectópica de 3 cm en íleon distal visible en FID. Vesícula biliar de pared engrosada, aerobilia y continuidad de la luz vesicular en 2º porción del duodeno, en relación a fistula bilioenterica.

Juicio clínico: Oclusión intestinal secundaria a litiasis biliar ectópica.

Diagnóstico diferencial: Cólico biliar, colecistitis, pancreatitis aguda, oclusión intestinal.

Comentario final: El íleo biliar es una evolución excepcional de la colelitiasis, representando tan solo el 1-3% de las causas de oclusión intestinal. Puede pasar inadvertido o tan solo como un cólico biliar, afectando principalmente a personas de edad avanzada. Asociado al difícil diagnóstico tiene alto índice de complicaciones y mortalidad (15-27%). El estudio sistemático y protocolizado, con secuencia radiológica, permitió un diagnóstico precoz en esta paciente, que tras una enterotomía laparoscópica, previa hidratación

EV y control electrolítico, evolucionó favorablemente y sin complicaciones.

BIBLIOGRAFÍA

1. Íleo biliar. *Cir Ciruj.* 2005;73:443-8.
2. Íleo biliar y fistula colecistoduodenal. Informe de un caso. *Cir Ciruj.* 2006;74:199-203
3. Íleo biliar: resultados del análisis de una serie de 40 casos. *Gastroenterología y Hepatología.* 2001;24:489-94.