



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

424/1234 - ÍLEO BILIAR, DEL LIBRO A LA URGENCIA

V. Perea Ramírez¹, E. Hernández Castilla² y C. Martínez Miguel¹

¹Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Universitario Puerta de Hierro. Majadahonda. Madrid. ²Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Pozuelo Estación. Madrid.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 75 años con antecedentes de: neurocisticercosis, con aracnoiditis basal e hidrocefalia con derivación ventriculoperitoneal, anemia ferropénica e insuficiencia venosa crónica. Acudió a urgencias por vómitos de 5 días de evolución, de contenido bilioso que no le permite tolerancia oral. Fiebre hasta 38 °C hace 4 días, presentando febrícula en el día de hoy. Dolor abdominal difuso a la palpación. Deposición mantenida hasta día previo, sin productos patológicos. No episodios de cólicos biliares previos, ictericia ni acolia. Niega otra sintomatología.

Exploración y pruebas complementarias: TA: 145/83, FC: 78 lpm, sat 97% basal. Abdomen globuloso, blando, depresible, doloroso en HCD y FID con signos de irritación en dicha localización. No palpo hernias en región inguino-crural. Pruebas complementarias: Analítica: proteína C reactiva 182,00 mg/L, leucocitos $14,53 \times 10^3/\text{?L}$, neutrófilos $12,52 \times 10^3/\text{?L}$. Resto en rango de normalidad. Rx abdomen: datos de obstrucción intestinal sin observarse cálculos. TAC de abdomen: dilatación de asas de delgado (calibre máximo de 38 mm) y de la cámara gástrica secundario a litiasis endoluminal de 1,5 cm en íleon distal (FID). Distal a esta imagen se aprecia colapso de delgado hasta la válvula ileocecal. Se aprecia comunicación entre el bulbo duodenal y la vesícula (colapsada y con aire en su interior). Conclusión: obstrucción de intestino delgado secundario a íleo biliar.

Orientación diagnóstica: La historia clínica, la exploración y la analítica nos orientaban hacia un abdomen agudo (obstrucción intestinal) que posteriormente se pudo confirmar mediante TAC que se trataba de una obstrucción de intestino delgado.

Diagnóstico diferencial: Íleo paralítico. Diverticulitis. Peritonitis. Otras causas de obstrucción intestinal.

Comentario final: El íleo biliar se define como obstrucción intestinal mecánica secundaria a la presencia de un cálculo biliar en la luz intestinal. La causa más frecuente es la impactación del cálculo en el íleon tras su paso a través de una fístula bilioentérica. Es una complicación rara y potencialmente grave de la colelitiasis y representa el 2% de los casos de obstrucción mecánica de intestino delgado; más frecuente en mujeres mayores de 65 años. Presenta una morbilidad elevada debido a la dificultad y al retraso en el diagnóstico y tratamiento.

Bibliografía

1. <https://www.elsevier.es/es-revista-cirugia-espanola-36-articulo-el-ileo-biliar-como-causa-S0009739X13001395>

2. <https://www.medigraphic.com/pdfs/facmed/un-2015/un151e.pdf>

Palabras clave: Íleo biliar. Obstrucción intestinal. Abdomen agudo.