4. Israel HL, Patchfsky AS, Saldana MJ. Wegeneŕs Granulomatosis, lymphomatoid granulomatosis, and benign lymphocytic angiitis and granulomatosis of lung. Ann Intern Med. 1997;87:691–9.

Claudio A. Ruiz*, Alejandro D. Giacoia, Walter G. Otero y Luis M. Mastronardi

Hospital Nacional Profesor Alejandro Posadas, Buenos Aires, Argentina

** Autor para correspondencia.*
Correo electrónico: luis_mastronardi@hotmail.com (C.A. Ruiz).

0009-739X/$ – see front matter
© 2011 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.
doi:10.1016/j.ciresp.2011.08.008

Íleo biliar en paciente con enfermedad de Crohn

Gallstone ileus in a patient with Crohn's disease

La asociación de enfermedad de Crohn (EC) e íleo biliar ya ha sido descrita previamente en la literatura[1–5]. En estos casos se suele observar una fístula bilioentérica y el cálculo en lugar de impactarse en la válvula ileocecal lo hace en el segmento de intestino delgado que está estenosado debido a la EC.

La colitis ulcerosa (CU) y la EC son dos enfermedades diferentes aunque se engloben dentro de una entidad nosológica llamada enfermedad inflamatoria intestinal. Una de las diferencias capitales entre ambas es que la EC puede afectar a cualquier segmento del tubo digestivo, aunque la inflamación del íleon terminal es la más frecuente, en contraposición a la CU, donde solo se afecta el intestino grueso[6]. Presentamos a continuación un paciente de edad avanzada con diagnóstico de colitis ulcerosa que fue intervenido con carácter urgente por íleo biliar diagnosticado mediante una TC.

Un varón de 84 años con antecedentes personales de DMNID, bronquitis crónica y CU de 60 años de evolución en tratamiento con aminosalicilatos, acudió al servicio de urgencias por dolor abdominal, vómitos y distensión abdominal de 48 horas de evolución. En la TC abdominal se observó aerobilia (fig. 1), dilatación de intestino delgado hasta íleon donde existía un cálculo impactado (fig. 2) sobre un intestino estenosado y con paredes engrosadas que se extendía hasta la válvula ileocecal. Con el diagnóstico de íleo biliar sobre ileítis terminal se llevó a cabo una laparotomía de urgencias corroborando la existencia de una ileítis con un cálculo de 3 cm impactado en la luz del intestino engrosado y dilatación del resto del intestino delgado. El segmento de íleon distal enfermo medía alrededor de 40 cm y tenía el aspecto macroscópico típico de la EC con engrosamiento del mesenterio y crecimiento del mismo hacia el borde antimesentérico. No se observaron signos de inflamación activa en el intestino grueso. Se realizó enterotomía sobre intestino sano proximal y extracción del cálculo. El paciente no refería cuadros de obstrucción intestinal recientes así que dada su larga evolución sin resecciones, se decidió conservar el íleon afecto y no se actuó sobre la vesícula biliar.

En la actualidad es muy poco habitual que un paciente con EC se diagnostique erróneamente de CU porque las técnicas radiológicas, los estudios histológicos y los procedimientos endoscópicos han evolucionado notablemente. Existe un 5% de pacientes con afectación colónica donde no es posible su inclusión dentro de la EC o de la CU porque presentan características de ambas. En estos casos se utiliza el término de enfermedad inflamatoria intestinal no clasificada[6].

Sin embargo, nuestro paciente presentó en el momento de la operación una ileítis terminal con características macroscópicas típicas de la EC a pesar de su diagnóstico previo de CU. El tratamiento que seguía con aminosalicilatos por vía oral es efectivo tanto para la EC como para la CU y no ayuda a discriminar entre ambas enfermedades. En la TC abdominal, que se realizó con carácter urgente para llegar a un diagnóstico, se planteó por primera vez la existencia de una EC complicada con un íleo biliar.

Es excepcional la aparición de un íleo biliar en pacientes con EC[1-5] y también se describen casos de obstrucciones intestinales por enterolitos impactados en segmentos intestinales estenóticos de enfermos con EC[7-9]. Suelen ser individuos de edad avanzada con EC de larga evolución y en algunos

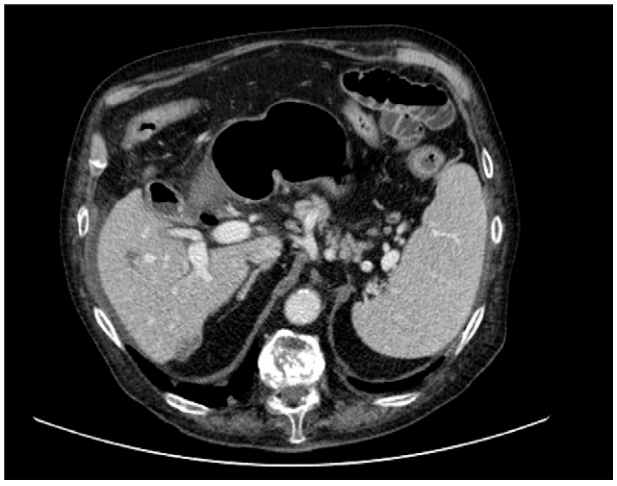

Figura 1 – En la imagen se aprecia aerobilia con un nivel hidroaéreo dentro de la vesícula biliar.

Figura 2 – En este corte es visible el cálculo impactado en el íleon enfermo y las asas intestinales proximales sanas con dilatación.

casos, el diagnóstico de EC se llevó a cabo después de la intervención[1]. La aerobilia es fundamental para confirmar la existencia de una fístula bilioentérica; fístula que según algunos autores no es siempre necesaria para que aparezca un íleo biliar[3,4]. La TC abdominal parece sin duda la mejor prueba de imagen para realizar un diagnóstico correcto[10], tal y como sucedió con nuestro caso.

En este paciente, octogenario, se optó por no asociar una colecistectomía para evitar los riesgos de una lesión en la vía biliar. Tampoco fue necesaria la resección segmentaria de íleon terminal al carecer de historia previa de cuadros compatibles con obstrucción intestinal.

BIBLIOGRAFÍA

1. Highman L, Jagelman DG. Gallstone ileus complicating terminal ileal Crohńs disease. Br J Surg. 1981;68:201–2.
2. Senofsky GM, Stabile BE. Gallstone ileus associated with Crohńs disease. Surgery. 1990;108:114–7.
3. La Meir M, Van Molhem Y. Recurrence of gallstone ileus associated with Crohńs disease. Acta Chir Belg. 2001;101:35–7.
4. Almogy G, Bauer JJ, Venturero M, Presen DH. Gallstone ileus and Crohńs disease without biliary-enteric fistula: report of a unique case. Mt Sinai J Med. 2000;67:159–62.
5. Basili G, Lorenzetti L, Celona G, Biondi G, Preziuso E, Angrisano C, et al. Gallstone ileus in patient with Crohńs disease: report of a clinical observation. Surg Endosc. 2006;20:703–4.
6. Mowat C, Cole A, Windsor A, Ahmad T, Arnott I, Driscoll R, et al. Guidelines for the management of inflammatory bowel disease in adults. Gut. 2011;60:571–607.
7. Jones MW, Koper B, Weatherhead WF. Crohńs disease with enterolith treated laparoscopically. JSLS. 2005;9:339–41.
8. Bejarano García A, Pallarés Manrique H, Nuñez Sousa C, Gata Cuadrado M, García Esteban MC, Rojas Feria M, et al. Obstrucción intestinal intermitente secundaria a enterolitiasis en enfermedad de Crohn. Rev Esp Enferm Dig. 2009;101:732–3.
9. Yuan JG, Sachar DB, Koganei K, Greenstein AJ. Enterolithiasis, refractory anemia, and strictures of Crohńs disease. J Clin Gastroenterol. 1994;18:105–8.
10. Reimann AJ, Yeh BM, Breiman RS, Joe BN, Qayyum A, Coakley FV. Atypical cases of gallstone ileus evaluated with multidetector computed tomography. J Comput Assist Tomogr. 2004;28:523–7.

Jorge De Tomás Palacios*, Alberto Vaquero Rodríguez y Fernando Turégano Fuentes

Servicio de Cirugía General II, Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid, España

* *Autor para correspondencia.*
Correo electrónico: jdetomaspal@hotmail.com
(J. De Tomás Palacios).

0009-739X/$ – see front matter
© 2011 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.
doi:10.1016/j.ciresp.2011.10.009

Carcinoma de la via biliar sobre quiste de colédoco

Bile duct carcinoma over a choledochal cyst

El quiste de colédoco (QC) es una entidad infrecuente caracterizada por la dilatación congénita de la vía biliar extrahepática (VBE) asociada o no a la afectación del segmento intrahepático. La degeneración maligna es la complicación más temida por su presentación silente e implicación pronóstica[1].

Mujer de 38 años que consultó por dolor epigástrico, náuseas y vómitos. La analítica mostraba cifras de amilasemia y marcadores de función hepática normales y la ecografía abdominal informaba de dilatación de la VBE. Una TAC 'y una colangio-RMN confirmaron la dilatación sacular asociada a 4 pequeños quistes bilobares del tramo intrahepático (fig. 1). La paciente fue intervenida hallando a 3 cm de la confluencia de los radicales hepáticos una dilatación que se extendía hasta 1 cm del colédoco intrapancreático. Con el diagnóstico de QC tipo Ia, se realizó resección de toda la VBE, colecistectomía y reconstrucción con hepaticoyeyunostomía en Y de Roux. El estudio histológico macroscópico (fig. 2a) informaba de pared de QC con