



CIRUGÍA y CIRUJANOS

Órgano de difusión científica de la Academia Mexicana de Cirugía
Fundada en 1933

www.amc.org.mx www.elsevier.es/circir



CASO CLÍNICO

Íleo biliar posterior a colangiopancreatografía retrógrada endoscópica



Ana Belén Aláez-Chillarón*, Iñaki Moreno-Manso, Francisco José Martín-Vieira, Mohamed Fadel Mojtar y Enrique Pérez-Merino

Área de Cirugía General y Aparato Digestivo, Hospital Virgen de Altagracia de Manzanares, Ciudad Real, España

Recibido el 26 de marzo de 2015; aceptado el 24 de septiembre de 2015
Disponible en Internet el 6 de enero de 2016

PALABRAS CLAVE

Íleo biliar;
Fístula bilioentérica;
Colangiopancreatografía retrógrada endoscópica

Resumen

Antecedentes: El íleo biliar está causado por la salida de un cálculo de la vesícula biliar o de la vía biliar al intestino delgado, produciendo un cuadro de obstrucción intestinal al quedar dicho cálculo enclavado, generalmente, en un asa de intestino delgado.

Caso clínico: Mujer de 78 años de edad, que acude a urgencias por un cuadro de obstrucción intestinal. Tras el estudio de la posible causa, se decide realizar una laparotomía exploradora en la que se observó un cálculo biliar enclavado en el íleon terminal, que es el causante de la obstrucción; sin observarse fístula entre la vesícula o la vía biliar y el intestino. Como antecedentes tiene que unos meses previos al cuadro clínico se le realizó una colangiopancreatografía retrógrada endoscópica, y este se consideró como el origen del paso del cálculo al intestino delgado a través de la esfinterotomía realizada.

Conclusión: Son pocos los casos descritos cuya causa de un íleo biliar sea el antecedente de una colangiopancreatografía retrógrada endoscópica. En estos casos la obstrucción intestinal suele ocurrir meses después de la colangiopancreatografía, con lo que el diagnóstico suele retrasarse. El tratamiento definitivo suele ser la cirugía, que consiste en la extracción del cálculo mediante enterotomía, colecistectomía, y no se requiere la reparación de la fístula biliar, puesto que no se forma.

© 2015 Academia Mexicana de Cirugía A.C. Publicado por Masson Doyma México S.A. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

KEYWORDS

Gallstone ileus;
Biliary enteric fistula;
Endoscopic retrograde cholangiopancreatography

Gallstone ileus after endoscopic retrograde cholangiopancreatography

Abstract

Background: Gallstone ileus is caused by the exit of a gallstone from the gallbladder or bile duct into the small intestine, resulting in bowel obstruction if this stone becomes lodged in a small bowel loop.

* Autor para correspondencia: Calle Centauro, 4, Portal 2, 4.º B, 13005 Ciudad Real, España. Teléfono: +0034926675122.
Correo electrónico: anabelenalaez@hotmail.com (A.B. Aláez-Chillarón).

Clinical case: The case is presented of a 78 year-old woman with an episode of intestinal obstruction. After studying the main cause of the obstruction, it was decided to perform a laparotomy where a gallstone located in the terminal ileum was causing the obstruction. No fistula was observed between the gallbladder and the bile duct and the intestinal tract. It is important to note the history of an endoscopic retrograde cholangiopancreatography performed a few months earlier, as it would probably be the cause of the passage of the gallstone to the small bowel.

Conclusion: Few reports of gallstone ileus have been described in the literature after performing an endoscopic retrograde cholangiopancreatography. In these cases, the intestinal obstruction usually occurs several months after the endoscopic retrograde cholangiopancreatography, so the diagnosis is often delayed. Surgery is usually the definitive treatment and it consists of the removal the stone by enterotomy and performing a cholecystectomy. Biliary enteric fistula repair is not necessary since this does not form.

© 2015 Academia Mexicana de Cirugía A.C. Published by Masson Doyma México S.A. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Antecedentes

El íleo biliar está causado por la salida de un cálculo procedente de la vesícula biliar o de la vía biliar al intestino delgado, produciendo un cuadro de obstrucción intestinal al quedar dicho cálculo enclavado, generalmente, en un asa de intestino delgado. De acuerdo a Sivagnanam et al.¹. El primero en describirlo fue Erasmus Bartholin en 1654, pero fue Leo Rigler en 1941 quien describió la tríada de aerobilia, obstrucción intestinal y cálculo enclavado en intestino. Para que el íleo biliar se produzca, debe existir una fístula o la comunicación entre la vesícula o la vía biliar y algún tramo del intestino delgado. Obviamente, la aerobilia no es patognomónica del íleo biliar, ya que la causa más frecuente es tras la realización de una colangiopancreatografía retrógrada y una esfinterotomía endoscópica. El íleo biliar es más frecuente en pacientes mayores de 60-65 años de edad, y suele producirse después de una colecistitis o colangitis, que produce una fístula entre una de estas 2 estructuras y el duodeno o el intestino delgado. A través de esta fístula se produce el paso de un cálculo, produciendo la obstrucción intestinal.

Son pocos los casos descritos de íleo biliar en los que se observó que el paso del cálculo biliar se produjo a través de una esfinterotomía endoscópica, debido a que esta esfinterotomía suele ser de milímetros de diámetro, y el cálculo que pasa al intestino delgado también lo es, por lo que suele ser expulsado sin complicación alguna.

El objetivo es comunicar el caso clínico de una mujer que presentó íleo biliar asociado al antecedente de coledocolitiasis, resuelta por colangiopancreatografía retrógrada endoscópica meses atrás en paciente no colecistectomizada.

Caso clínico

Mujer de 78 años de edad, que acudió a urgencias por dolor abdominal de 24h de evolución, refería sensación nauseosa sin llegar a vomitar y sin alteración del

tránsito intestinal. Como antecedentes de interés destacaban: una intervención quirúrgica hace 25 años por úlcera péptica en la que se realizó una gastrectomía subtotal; y 6 meses atrás presentó un episodio de colecistitis y coledocolitiasis, que se resolvió mediante colangiopancreatografía retrógrada endoscópica con extracción de varios cálculos y con esfinterotomía endoscópica. La paciente rechazó la colecistectomía posteriormente.

En la valoración inicial en el servicio de urgencias se encontraba estable hemodinámicamente y afebril, con abdomen blando, depresible, doloroso de forma difusa, aunque más intenso en hipocondrio derecho, sin presentar signos de irritación peritoneal. Había acudido al servicio de urgencias por cuadros de dolor abdominal inespecíficos en los últimos 2 meses, que se resolvieron con analgesia intravenosa, sin encontrar ningún hallazgo significativo en los estudios realizados.

En los resultados de laboratorio destacó una discreta leucocitosis de 12,300 mil/mm³, con transaminasas y amilasa normales; sin otros hallazgos destacables. En la radiografía de abdomen se observó un asa de intestino delgado dilatada, pero sin niveles hidroaéreos. Se decidió el ingreso y el estudio de la paciente, puesto que el dolor no remitía con analgesia pautada.

Se le realizó una ecografía de abdomen que fue descrita como: vesícula de paredes finas, sin contenido y con una pequeña lengüeta de líquido libre perivesicular. La vía biliar se encontraba en el límite alto de la normalidad de 8 mm de diámetro.

La paciente empeoró clínicamente y se agregaron vómitos abundantes, por lo que se decidió colocar sonda nasogástrica que drenó abundante contenido biliar.

Se solicitó tomografía computada abdominal, que describía aerobilia en el colédoco y en la vía intrahepática izquierda, observándose una dilatación de las asas de intestino delgado, hasta un punto en el flanco derecho, con morfología en «donut» (aproximadamente 3.5 cm de diámetro), con normalización del calibre de las asas distales (fig. 1). Por lo que se decidió realizar una intervención

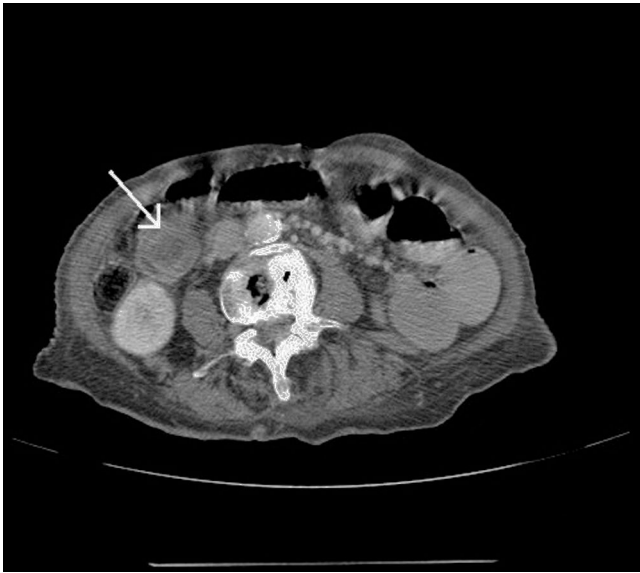


Figura 1 Imagen de «donut» (flecha) en íleon con cambio de calibre de intestino delgado a dicho nivel.



Figura 2 Cálculo enclavado en íleon terminal.

quirúrgica urgente, en la que se observó una obstrucción intestinal causada por un cálculo de unos 4 cm aproximadamente (fig. 2), sin fístula colecistoyunal o coledocoduodenal a ningún nivel. Se realizó colecistectomía simple, enterotomía y extracción de cálculo con cierre primario de intestino delgado. La paciente evolucionó favorablemente y fue dada de alta del hospital a los 7 días de la cirugía.

Discusión

Según Goyal y Srivastava², el primero en llamar la atención sobre el íleo biliar fue Erasmus Bartholin en 1654. Se trata de un cuadro de obstrucción intestinal causado por el

enclavamiento de un cálculo procedente de la vesícula o de la vía biliar. Es causa de entre un 1-3% de las obstrucciones de intestino delgado, pero este porcentaje aumenta al 25% en mayores de 65 años². El lugar más frecuente de enclavamiento del cálculo es el íleon distal, seguido del yeyuno y el estómago.

La forma de presentación del íleo biliar es típicamente el de obstrucción intestinal. En esta ocasión, debido a que el cuadro se presentó 6 meses después de la realización de la esfinterotomía, el diagnóstico de sospecha se suele retrasar y se piensa en adherencias o tumores como primera posibilidad, y solo se confirmó el diagnóstico definitivo en quirófano.

Como prueba de imagen, en ocasiones basta con la radiografía simple de abdomen, en la que se observan datos sugestivos de obstrucción, que en pacientes sin antecedentes quirúrgicos ni hernias palpables es suficiente, junto con la clínica, para la indicación quirúrgica. El diagnóstico de confirmación se realiza con la tomografía computada abdomino-pélvica, que en algunas ocasiones se describe el cálculo enclavado y en otras, como es el caso de la paciente, se describe el cambio brusco de calibre a nivel de íleon, sin llegar a observar la causa.

El tratamiento definitivo consiste en la extracción del cálculo mediante enterotomía, con colecistectomía y tratamiento de la fístula si existe.

Las complicaciones más frecuentes de la colangiopancreatografía retrógrada endoscópica son: pancreatitis, colangitis, hemorragia o perforación duodenal. Sin embargo, se han descrito otras complicaciones menos frecuentes, tan variadas como: cardiovasculares, neumotórax, neumomediastino o íleo biliar.

El íleo biliar producido por un cálculo que pasa a través de una esfinterotomía endoscópica es muy poco frecuente, menos del 1% de las complicaciones, y se han descrito algunos casos en la literatura^{3,4}. Generalmente se trata de cálculos que miden en promedio 25 mm, y que pasan al duodeno a través de la esfinterotomía, y probablemente se queden en el intestino delgado sin llegar a producir una obstrucción completa, pero sí continúan aumentando de tamaño hasta que el diámetro del mismo llega a obstruir la luz intestinal, produciendo la sintomatología meses después, lo que puede retrasar el diagnóstico definitivo⁵⁻⁷.

Conclusiones

Ante datos clínicos sugestivos de obstrucción de intestino delgado, en una mujer mayor de 60 años, y con antecedentes de colecistitis o colangitis y de colangiopancreatografía retrógrada endoscópica y esfinterotomía, se debe pensar en un íleo biliar; independientemente de que la colangiopancreatografía retrógrada endoscópica se le realizó meses antes del inicio de los síntomas de la paciente.

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que los procedimientos seguidos se conformaron a las normas éticas del comité de experimentación humana

responsable y de acuerdo con la Asociación Médica Mundial y la Declaración de Helsinki.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que han seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores han obtenido el consentimiento informado de los pacientes y/o sujetos referidos en el artículo. Este documento obra en poder del autor de correspondencia.

Financiación

Los autores declaran no haber recibido financiación para la realización de este trabajo.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Sivagnanam P, Cheong E, Rhodes M. Delayed gallstone ileus presentation after ERCP and sphincterotomy. *Gastrointest Endosc.* 2009;69:156–8.
2. Goyal A, Srivastava A. Gallstone ileus following endoscopic retrograde cholangiopancreatography and sphincterotomy: A case report. *J Med Case Rep.* 2008;2:342.
3. Oskam J, Heitbrink M, Eeftinck Schattenkerk M. Intermittent gallstone ileus following endoscopic biliary sphincterotomy. A case report. *Acta Chir Belg.* 1993;93:43–5.
4. Despland M, Clavien PA, Mentha G, Rohner A. Gallstone ileus and bowel perforation after endoscopic sphincterotomy. *Am J Gastroenterol.* 1992;87:886–8.
5. Halter F, Bangerter U, Gigon JP, Pusterla C. Gallstone ileus after endoscopic sphincterotomy. *Endoscopy.* 1981;13:88–9.
6. Williams IM, Hughes ODM, Hicks E, Lewis MH. Gall stone ileus following multiple endoscopic retrograde cholangiopancreatographies. *J R Coll Surg Edinb.* 1997;42:423.
7. Welch NT, Ellis DJ, Bradby GV. Necrotizing fasciitis, a complication of successful endoscopic sphincterotomy. *Gastrointest Endosc.* 1990;36:425–6.