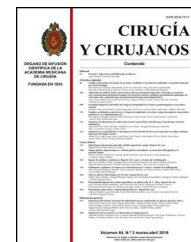




CIRUGÍA y CIRUJANOS

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

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



CASO CLÍNICO

Sangrado de tubo digestivo y delirium, retos en el diagnóstico de íleo biliar: reporte de un caso y revisión de bibliografía



Francisco Aguilar-Espinosa^{a,*}, José Luis Gálvez-Romero^b, Jesús Falfán-Moreno^a,
Gustavo Adolfo Guerrero-Martínez^a y Facundo Vargas-Solís^a

^a Servicio de Cirugía General, Hospital Regional «Puebla», Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, ISSSTE, Puebla, México

^b Servicio de Inmunoalergología, Hospital Regional «Puebla», Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado, ISSSTE, Puebla, México

Recibido el 20 de octubre de 2015; aceptado el 4 de noviembre de 2016
Disponible en Internet el 19 de enero de 2017

PALABRAS CLAVE

Sangrado de tubo digestivo;
Delirium;
Obstrucción intestinal;
Íleo biliar

Resumen

Antecedentes: El íleo biliar es la obstrucción mecánica no estrangulada del intestino delgado o colon como consecuencia del paso de litos a través de una fístula bilioentérica. Es una complicación poco común de la litiasis vesicular; se presenta en pacientes mayores de 65 años y es más frecuente en mujeres. El diagnóstico preoperatorio es difícil por lo poco específico de los signos y los síntomas en pacientes adultos mayores con múltiples comorbilidades.

Caso clínico: Femenino de 93 años que presenta una semana con sangrado de tubo digestivo alto, desequilibrio hidroelectrolítico y neumonía adquirida en la comunidad, durante su estancia hospitalaria prolongada presenta obstrucción intestinal. El diagnóstico de íleo biliar se hizo por los hallazgos en la tomografía. A pesar de tratamiento quirúrgico, fallece por diagnóstico tardío.

Conclusiones: El íleo biliar es una patología poco común, la dificultad en el diagnóstico prolonga la estancia hospitalaria, que influye directamente en la mortalidad.

© 2016 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/>).

* Autor para correspondencia. De la Emperatriz N.º 1491, Col. Lomas del Real, CP 47675 Tepatlán de Morelos, Jalisco, México.
Teléfono: +378 71 531 38.

Correo electrónico: francisco_fae@msn.com (F. Aguilar-Espinosa).

KEYWORDS

Gastrointestinal bleeding;
Delirium;
Intestinal obstruction;
Gallstone ileus

Gastrointestinal bleeding and delirium, challenges in the diagnosis of gallstone ileus: A case report and review of literature

Abstract

Background: Gallstone ileus is a non-strangulated mechanical obstruction of the small bowel or colon as a result of the passage of gallstones through a biliary enteric fistula. It is a rare complication of cholelithiasis, affects patients over 65 years, and the disease occurs predominantly in females. Preoperative diagnosis is difficult due to the lack of specific signs and symptoms in elderly patients with multiple comorbidities.

Clinical case: A 93-year-old female presenting with a one-week history of upper gastrointestinal bleeding, electrolyte imbalance and community-acquired pneumonia pneumonia. During her prolonged hospital stay she presented an intestinal obstruction. The diagnosis of gallstone ileus was made by CT scan. Despite surgical treatment, she died due to late diagnosis.

Conclusions: Gallstone ileus is a rare pathology, difficulty in diagnosis prolongs hospital stay, which directly influences mortality.

© 2016 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 es la obstrucción mecánica del intestino delgado o colon como consecuencia del paso e impacto de uno o más litos a través de una fístula bilioentérica¹. Son complicaciones poco frecuentes de litiasis vesicular, la incidencia de íleo biliar es entre el 0.5 y el 4%, y la incidencia de fístula bilioentérica del 1%²⁻⁷. Causa de obstrucción intestinal no estrangulada en el 1-4% de todos los casos, aumentando hasta el 25% en adultos mayores de 65 años⁸⁻¹². La edad más frecuente de presentación es de entre 63 y 85 años, y la relación mujer:hombre es de 3:1 a 16:1^{13,14}.

La fístula y el íleo biliar son ocasionados por inflamación crónica de vesícula biliar, adherencias a órganos contiguos, erosión de pared y paso del lito por el tracto gastrointestinal; posteriormente, se presenta atrofia y pérdida de función vesicular¹⁵. Los trayectos fistulosos más frecuentes son: colecistoduodenal (60-86%), colecistocolónica (10-25%) y colecistogástrica (5%)¹².

Para que exista obstrucción intestinal, el lito vesicular debe medir > 2.5 cm y el sitio donde se impacta, por orden de frecuencia son: íleon terminal (50-75%), yeyuno e íleon proximales (20-40%), estómago (14.2%), colon (10%) y duodeno (3.8%)^{11,12,15}. La mayoría de los litos que pasan al tubo digestivo se expulsan a través de evacuaciones o vómitos; además, la fístula bilioentérica cierra de manera espontánea en 50% de los casos, por lo que solamente entre el 1-15% de las fístulas bilioentéricas producen íleo biliar^{9-12,15}. Entre el 3-44% de los pacientes presentan múltiples litos y el riesgo de recurrencia de íleo biliar es del 4.7-8%¹⁵.

El cuadro clínico del íleo biliar es inespecífico e intermitente, siendo los síntomas más comunes: dolor y distensión abdominal, náuseas, vómitos e ictericia en el 15% de los pacientes^{12,16}.

En el 50% de los casos el diagnóstico se hace durante laparotomía exploradora y solo entre el 13 y el 48% de los mismos se hace en el preoperatorio¹⁶.

Existen hallazgos radiográficos patognomónicos, descritos en 1941 por Rigler, los cuales son: neumobilia o aerobilia, visualización de lito intraluminal, dilatación de asas de intestino delgado o patrón de obstrucción intestinal, cambio de posición de lito intraluminal observado en estudios seriados y visualización de fístula bilioentérica^{1,4,7,9,13,14,16}. Estos hallazgos se encuentran sin dificultad en tomografía simple y contrastada de abdomen, por lo que es considerada el «estándar de oro», sensibilidad, especificidad y presión diagnóstica del 93, el 100 y el 99%, respectivamente¹³.

Si la fístula bilioentérica no se resuelve, existe el riesgo de recurrencia de íleo biliar (8%), carcinoma de vesícula biliar (incidencia hasta del 15%), colangitis o colecistitis, síndrome de malabsorción (más asociado a fístula colecistocolónica) y pérdida de peso^{10,11}.

La mortalidad por íleo biliar es variable y va entre el 1 y el 30% y se debe al diagnóstico tardío en pacientes con múltiples comorbilidades, edad avanzada, asociada a colangitis (10%), tiempo quirúrgico prolongado y mortalidad no relacionado a cirugía (infecciones nosocomiales, infarto agudo al miocardio, tromboembolia pulmonar)^{7,9-16}.

El íleo biliar es un reto diagnóstico y más en pacientes adultos mayores con múltiples comorbilidades; el retraso en el diagnóstico incrementará la morbimortalidad, por lo que se debe garantizar un diagnóstico preciso.

Presentamos el caso de un paciente femenino adulto mayor, con cuadro clínico diverso y múltiples distractores que dificultan el diagnóstico de obstrucción intestinal intermitente por íleo biliar.

Caso clínico

Mujer de 93 años, viuda, con antecedente de exposición humo de leña desde infancia, etilismo positivo 1-2 cervezas por semana, fractura de rodilla izquierda hace 30 años, cirugía en columna por lumbalgia hace 21 años, laparotomía exploradora hace 20 años por obstrucción intestinal,

diabética de 14 años evolución y fractura de miembro pélvico izquierdo hace un mes, que la mantiene postrada.

Inició su afección con una semana de evolución presentando náuseas y vómitos característicos "posos de café" (4-5 en 24 horas), epigastralgia, pirosis, "evacuaciones melénicas" y desorientación. A la exploración física con signos vitales TA 110/70, FC 85 x min, Fr 17 x min, Temp 36.2 C°, peso aproximado 68kg, talla 1.52m, IMC 29.43, en lengua presenta lesión tipo verruga de 2 cm cara lateral derecha, sonda nasogástrica con gasto posos café, con tendencia a somnolencia, desorientada, deshidratada, campos pulmonares con hipoventilación basal izquierda, ruidos cardíacos arritmicos; el abdomen distendido, timpánico, peristalsis presente, cicatriz quirúrgica paramedia derecha, no hernias en pared abdominal, a la palpación profunda con dolor generalizado, sin resistencia muscular, sin irritación peritoneal y sin palpar tumoraciones o plastrones, miembro pélvico izquierdo con férula y tacto rectal con evidencia de melena residual. Radiografía de tórax muestra derrame pleural izquierdo, radiografía de abdomen en decúbito con dilatación de asas intestino delgado y zonas de calcificación pélvica. Los exámenes de sangre rutinarios muestran leucocitosis, hipopotasemia moderada, infección de vías urinarias, electrocardiograma con bloqueo AV primer grado y extrasístoles ventriculares. La panendoscopia muestra úlcera duodenal excavada sin sangrado, clasificación Sakita A1 y Forrest III. Se ingresa para manejo médico de sangrado de tubo digestivo alto por úlcera duodenal, desequilibrio hidroelectrolítico, neumonía adquirida en la comunidad, estado de delirium y a descartar cáncer de lengua.

Las siguientes 72 h la paciente presenta alucinaciones visuales y desorientación, persistencia de vómitos, sonda nasogástrica con gasto «glerobiliar», estreñimiento y sin cambios en la exploración abdominal. En las siguientes 24 h la paciente toleró alimentos, sin vómitos y sin cambios en la exploración abdominal. Posteriormente, en los siguientes 5 días, nuevamente presenta vómitos, desorientación, obstipación, sonda nasogástrica con gasto de característica intestinal, el abdomen persiste blando, globoso, timpánico, peristalsis ausente y sin irritación peritoneal.

Tras haber presentado una estancia hospitalaria prolongada, persistencia de somnolencia, gasto intestinal por SNG, sin recidiva de sangrado, sin ruidos intestinales, sin evacuaciones, y posterior al análisis de estudios de imagen seriados por tomografía, se diagnostica íleo biliar en el día número 13 de estancia hospitalaria (fig. 1). Se somete a laparotomía exploradora y como hallazgos durante cirugía se encontró líquido libre de reacción inflamatoria, estómago distendido, hígado con adherencias firmes de epiplón subhepáticas, yeyuno e íleon dilatados, a 150 cm del asa fija lito obstrucción intraluminal por lito (fig. 2). Se realiza enterolitotomía longitudinal, extracción del lito, cierre en 2 planos de manera transversal. A las 12 h de postoperada la paciente presenta disminución de distensión abdominal, ruidos peristálticos audibles y tolerancia a la vía oral a las 72 h. La evolución no es favorable, ya que la paciente permanece postrada, en estado de delirium, complicándose con dificultad respiratoria por neumonía adquirida y fallece por sepsis a los 15 días después de cirugía.

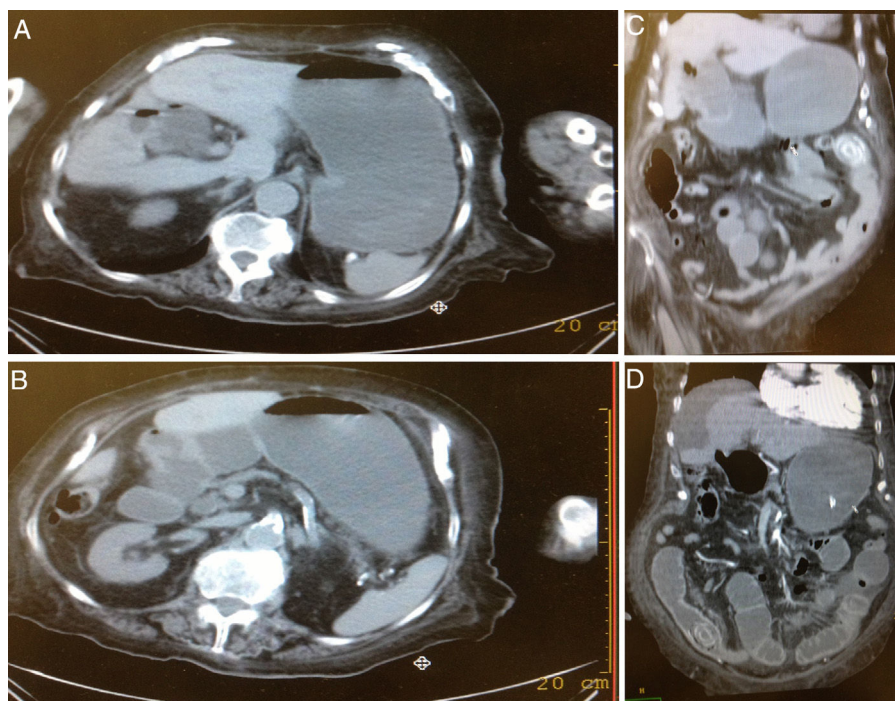


Figura 1 Tomografía simple y contrastada de abdomen. A) Corte axial donde se observa distensión gástrica, neumobilia y aire intravesicular. B) Corte axial inferior donde persiste distensión gástrica, distensión de duodeno y visualización de fístula colecistoduodenal. C) Corte coronal donde se visualiza fístula colecistoduodenal, distensión gástrica y duodenal, proximales al sitio de obstrucción, lito intraluminal y colapso de asas distales. D) Corte coronal contrastado 13 días posteriores, encontrándose distensión gástrica con sonda nasogástrica y migración distal de lito intraluminal. Sin encontrar otro lito en el resto del estudio.

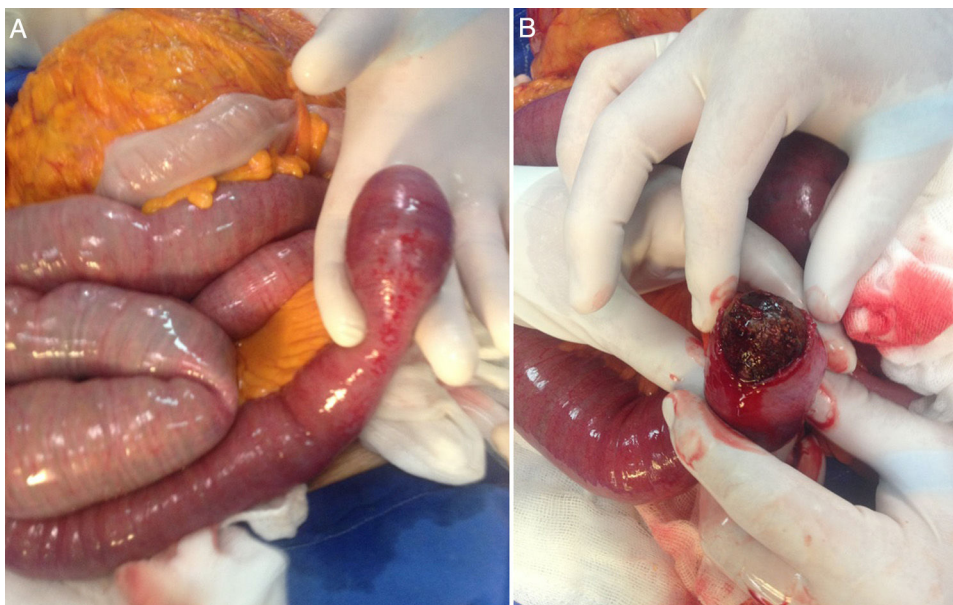


Figura 2 A) Lito intraluminal a 150 cm de asa fija. B) Enterolitotomía: extracción de lito endoluminal de aproximadamente 4.5 cm en su diámetro mayor.

Discusión

El íleo biliar es una complicación de litiasis vesicular muy poco común, con sintomatología poco específica, por lo que se dificulta y se atrasa o no se realiza el diagnóstico preoperatorio. En nuestro caso, la paciente fue hospitalizada 7 días posteriores al inicio de su sintomatología y el diagnóstico junto con cirugía se realizó en el día 13 de estancia hospitalaria. Se reporta que la mortalidad de íleo biliar puede llegar hasta el 20% y se debe a un diagnóstico tardío; en otros estudios, el tiempo promedio entre el inicio de los síntomas y la admisión hospitalaria va de 1 a 8 días y el tiempo entre la admisión y la cirugía va de entre 9 h a 8 días^{7,10,16}. En nuestra paciente, el retraso en el diagnóstico fue por diversos distractores: neumonía adquirida en la comunidad, desequilibrio hidroelectrolítico (hipopotasemia), infección de vías urinarias, y el cuadro clínico de inicio fue sangrado de tubo digestivo alto. La exploración abdominal fue inespecífica y pudo haber estado modificada por el estado de delirium en un paciente anciano. Posteriormente, presenta progresión de signos y síntomas intermitentes de obstrucción intestinal que concuerdan con el paso y la migración del lito por el tracto gastrointestinal.

En nuestro caso, el lito se encontraba impactado en íleon y la tomografía evidencia presencia de fístula colecistoduodenal, siendo el sitio más frecuente de obstrucción y el tipo de fístula más reportada^{3,7,11}.

No hay un consenso uniforme sobre la mejor resolución quirúrgica de íleo biliar y existen las siguientes opciones: enterolitotomía, procedimiento en una etapa (enterolitotomía, colecistectomía y cierre de fístula), procedimiento en 2 etapas (enterolitotomía y colecistectomía más cierre de fístula en segundo tiempo quirúrgico) y la resección intestinal^{7-9,11,13}.

Se consideró la enterolitotomía como mejor opción de tratamiento para la paciente, por tratarse de paciente

añoso, inestable con múltiples comorbilidades, que no tolera un tiempo quirúrgico prolongado; es, además, el procedimiento con menor incidencia de complicaciones y asociado a menor mortalidad postoperatoria⁷⁻¹³.

Como conclusión, el íleo biliar es una complicación muy rara, con sintomatología poco específica, existiendo diversos distractores en pacientes adultos mayores con múltiples comorbilidades. La tomografía de abdomen es muy útil para el diagnóstico preoperatorio por los hallazgos clásicos patognomónicos. El diagnóstico preciso evita la estancia hospitalaria prolongada y permite realizar un procedimiento quirúrgico sin retraso.

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.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Rojas Rojas DJA, Martínez Ordaz JL, Romero Hernández T. Íleo biliar. Experiencia de 10 años. Serie de casos. *Cir Cir*. 2012;80:228–32.
2. Farrell I, Turner P. A simple case of gallstone ileus? *J Surg Case Rep*. 2015;1:1–3.
3. Lassandro F, Romano S, Ragozzina A, Rossi G, Valente T, Ferrara I, et al. Role of helical CT inf diagnosis of gallstone ileus and related conditios. *AJR*. 2005;185.
4. Bircan HY, Koc B, Ozcelik U, Kemik O, Demirag A. Laparoscopic treatment of gallstone ileus. *Clin Med Insights*. 2014;7:75–7.
5. Beuran M, Ivanov I, Venter MD, Davila C. Gallstone ileus —clinical and therapeutic aspects. *J Med Life*. 2010;3:365–71.
6. Vasilescu A, Cotea E, Palaghia M, Vintila D, Tarcoveanu FE, Gallstone Ileus. A rare cause of intestinal obstruction —Case report and literature review. *Chirurgia (Bucur)*. 2013;108:741–4.
7. Nuño Guzmán CM, Arróniz Jáuregui J, Moreno Pérez PA, Chávez Solís EA, Esparza Arias N, Hernández González CI. Gallstone ileus: One-stage surgery in a patient with intermittent obstruction. *World J Gastrointest Surg*. 2010;2:172–6.
8. García Marín A, Pérez López M, Pérez Bru S, Compañ Rosique A. Íleo biliar, causa poco frecuente de obstrucción intestinal. *Rev Gastroenterol Mex*. 2014;79:211–3.
9. Dai XZ, Li GQ, Zhang F, Wang XH, Zhang CY. Gallstone ileus: case report and literature review. *World J Gastroenterol*. 2013;19:5586–9.
10. De Alencastro MC, Toledo Cardoso K, Araújo Mendes C, Longatto Boteon Y, Barros de Carvalho R, Pereira Fraga G, et al. Acute intestinal obstruction due to gallstone ileus. *Rev Col Bras Cir*. 2013;40:275–80.
11. Martín Pérez J, Delgado Plasencia L, Bravo Gutiérrez A, Lorenzo Rocha N, Burillo Putze G, Medina Arana V. Enterolitotomía más colecistectomía precoz, una aplicación de cirugía de control de daños para pacientes con íleo biliar. *Cir Cir*. 2015;83:156–60.
12. Siong Wong C, Crotty JM, Altaf Naqvi S. Pneumobilia: A case report and literature review on its surgical approaches. *J Surg Tech Case Rep*. 2013;5:27–31.
13. Stagnitti F, Tudisco A, Ceci F, Nicodemi S, Orsini S, Avallone M, et al. Biliodigestive fistulae and gallstone ileus: Diagnostic and therapeutic considerations. Our experience. *G Chir*. 2014;35(9-10):235–8.
14. Hanif Shiwani M, Ullah Q. Laparoscopic enterolithotomy is a valid option to treat gallstone ileus. *JLS*. 2010;14:282–5.
15. Mir SA, Hussain Z, Davey Ca Miller GV, Chintapatla S. Management and outcome of recurrent gallstone ileus: A systematic review. *World J Gastrointest Surg*. 2015;7:152–9.
16. Salazar Lozano C, Rocha Guevara ER, Vargas Gismondi AV, De la Fuente Lira M, De Obaldía Zeledón RE, Cordero Vargas C. Íleo biliar y fistula colecistoduodenal informe de un caso. *Cir Cir*. 2006;74:199–203.