



CARTA CLÍNICA

Causa infrecuente de obstrucción intestinal



Unusual cause of bowel obstruction

Mujer de 79 años, sin alergias conocidas. Antecedentes personales: hipertensión arterial, diabetes mellitus, dislipidemia, hipotiroidismo, hiperuricemia, enfermedad renal crónica y cardiopatía hipertensiva. Portadora de marcapasos y prótesis mitral. No refiere hábitos tóxicos. Tratamiento: acenocumarol, digoxina, insulina, furosemida, levotiroxina, diltiazem y oxígeno domiciliario nocturno.

La paciente avisa a su médico de familia para ser valorada en domicilio por cuadro de vómitos, de contenido bilioso, sin diarrea ni dolor abdominal. No presenta fiebre, ni dolor torácico, ni disnea. La paciente lo relaciona con los alimentos ingeridos el día anterior. Se pauta metoclopramida y dieta, por sospecha de gastroenteritis aguda, con recomendación de acudir al servicio hospitalario de urgencias, si la evolución es desfavorable. La paciente continúa con vómitos biliosos, y acude al hospital. En la exploración física se observa tensión arterial: 96/70 mmHg; frecuencia cardiaca: 68 lpm; saturación de oxígeno basal: 90%; temperatura: 36 °C y frialdad cutánea. La auscultación cardiopulmonar sin hallazgos patológicos. Exploración abdominal normal (no refiere dolor a la palpación y los ruidos hidroaéreos están presentes). Durante la exploración, la paciente presenta un vómito sin contenido alimenticio de características biliosas y se pauta ondansetrón, ranitidina y suero fisiológico intravenoso. Se solicita analítica completa con gasometría venosa y radiografías de tórax y abdomen simple. La paciente no presenta mejoría y empeora su estado general, aunque permanece afebril, continúa con vómitos y comienza con dolor abdominal generalizado.

Analítica: leucocitosis (17.700/ μ l) con desviación izquierda (90,2% de segmentados). Iones: sodio 132 mmol/L (límites normales: 135-148); potasio 5,1 mmol/L (límites normales: 3,5-5) y cloro 85 mmol/L (límites normales: 101-111). La gasometría venosa mostró los siguientes valores: pH: 7,35; pCO₂: 54 mmHg; pO₂: 34 mmHg; ácido láctico 73 mg/dl; bicarbonato 27,1 mmol/L. Coagulación alterada con INR de 5,32. Radiografía de tórax: se observa prótesis mitral y marcapasos. Radiografía de abdomen: imagen redondeada, de gran tamaño, densidad cálcica, sobre hueso iliaco derecho, asas de intestino delgado en

marco gástrico y hemiabdomen izquierdo; presencia de gas distal. Ante el hallazgo de dicha imagen se revisan las pruebas radiológicas previamente realizadas a la paciente, encontrando una radiografía de abdomen realizada el año anterior, donde se ve la misma imagen descrita, pero situada bajo la sombra hepática (fig. 1).

Dados los hallazgos radiológicos, se sospecha pseudoobstrucción intestinal por cálculo. Se avisa a cirugía, que solicita TC abdominal urgente, donde se objetiva vesícula biliar colapsada con aire en su interior, en estrecha relación y solución de continuidad con la segunda porción duodenal; cálculo biliar de 25 mm localizado en el interior de un asa (probablemente íleon) en la región ileocecal con dilatación intestinal proximal, secundaria a obstrucción; distalmente el intestino delgado y colon se encuentran colapsados (fig. 2). Los hallazgos son compatibles con íleo biliar. Confirmado el diagnóstico, se revierte anticoagulación y se interviene quirúrgicamente a la paciente, con carácter urgente. Tras la intervención, evoluciona favorablemente.

El íleo biliar es causa infrecuente de obstrucción mecánica, producida por la impactación de un cálculo biliar en la luz intestinal. El primer caso de íleo biliar fue descrito en 1654 por Thomas Bartholin, en un protocolo de autopsia. En 1841, Bonnet describió el primer caso de obstrucción intestinal debido a impactación de un cálculo biliar en el bulbo duodenal y en 1896, Leon August Hoffmann Bouveret estableció el primer diagnóstico preoperatorio¹.

Afecta a pacientes de edad avanzada, sexo femenino, generalmente con enfermedades asociadas y antecedentes de enfermedad biliar (cólico biliar, coledocitis y colecistitis aguda en el 60-80% de los pacientes^{2,3}). La patogenia aceptada plantea que los cálculos, de gran tamaño y únicos, erosionan la pared de la vesícula biliar e intestino, produciendo un proceso inflamatorio crónico que reduce el flujo arterial, así como el drenaje venoso y linfático, provocando aumento de presión intraluminal vesicular, lo que favorece la necrosis y la formación de fistulas biliodigestivas^{1,2}. La fístula más frecuente es colecistoduodenal; se han descrito fistulas colecistocólicas, colecistogástricas, colecistoceleodocianas, coledocoduodenales y fístula conducto hepático izquierdo-duodeno^{1,2}. Para que el cálculo biliar provoque oclusión de intestino delgado debe tener un tamaño mínimo de 2,5 cm. El lugar más frecuente de impactación es el íleon terminal, seguido del íleon proximal, yeyuno, colon sigmoide y duodeno².

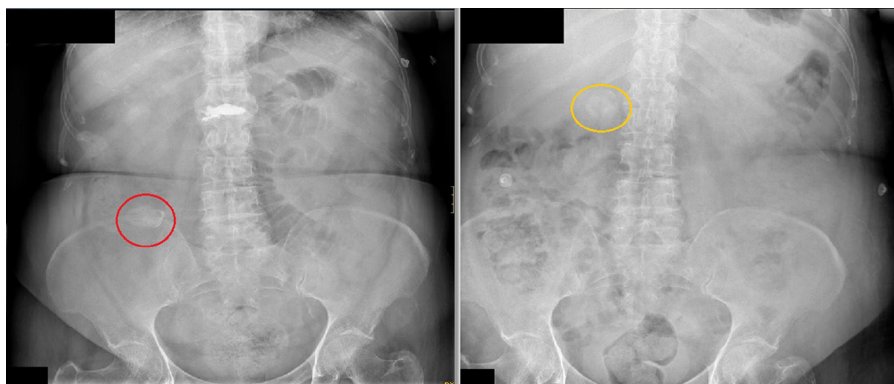


Figura 1 Izquierda: Radiografía de abdomen realizada en el momento de la consulta de la paciente. Se observa imagen redondeada, de gran tamaño, densidad cálcica, sobre hueso iliaco derecho (rodeada mediante círculo), asas de intestino delgado en marco gastrocólico y hemiabdomen izquierdo, presencia de gas distal. Derecha: Radiografía de abdomen realizada el año anterior, donde se observa la misma imagen, situada bajo la sombra hepática (rodeada mediante círculo).

La clínica es inespecífica, y lo más frecuente son vómitos, estreñimiento, distensión abdominal y dolor abdominal localizado o generalizado. Puede aparecer hematemesis, debida a erosiones duodenales provocadas por la migración del cálculo biliar¹. Existen 3 formas clínicas de íleo biliar: (1) aguda (forma «clásica», con oclusión mecánica aguda), (2) subaguda (suboclusión intestinal) y (3) crónica (conocida como síndrome de Karewsky, y que consiste en episodios recurrentes de dolor abdominal, producidos por el paso del cálculo biliar al intestino¹). En el síndrome de Bouveret, variedad más infrecuente de íleo biliar, la obstrucción tiene localización piloricoduodenal y la clínica consiste en obstrucción intestinal alta, con distensión gástrica aguda que mejora con el vómito; vómitos frecuentes y abundantes, con o sin contenido bilioso, ausencia de vómitos fecaloideos y dolor en epigastrio o hipocondrio derecho⁴.

La sospecha diagnóstica se basa en la historia previa de litiasis biliar, signos clínicos de colecistitis y obstrucción intestinal aguda (tríada de Mordor¹). La analítica ofrece datos inespecíficos. Las pruebas de imagen tienen un papel fundamental en el diagnóstico de íleo biliar. La radiografía simple de abdomen, que puede ser solicitada por el médico de atención primaria, y la ecografía abdominal, que puede ser realizada por el mismo^{5,6}, ofrecen datos que permiten establecer el diagnóstico, si bien la TC abdominal sigue

siendo el método de elección^{7,8}. En la radiografía simple de abdomen puede observarse la tríada de Rigler, patognomónica de íleo biliar; aparece en el 15% de los casos^{2,3}. Consiste en: asas dilatadas de intestino delgado con niveles hidroaéreos, litiasis biliar ectópica y aire en el tracto biliar (aerobilia). Actualmente, la presencia de 2 de los 3 signos se considera suficiente para el diagnóstico¹. La tetrada de Rigler es la tríada más la constatación del cálculo biliar en un nivel superior al observado en el momento de consulta en un estudio radiológico previo.

La ecografía abdominal puede mostrar cálculos biliares, la existencia de fístula bilioentérica e incluso el cálculo biliar impactado en la luz intestinal. También puede mostrar aerobilia y cálculo biliar ectópico. La asociación de ecografía abdominal y radiografía simple de abdomen eleva la sensibilidad al 74%¹. La TC abdominal es el método de elección para establecer el diagnóstico de íleo biliar y la localización exacta del cálculo. Entre los hallazgos que puede revelar destacan: aerobilia, oclusión intestinal, cálculo o cálculos biliares intraluminales, colecistitis crónica, cambios en la pared de la vesícula biliar y fístula bilioentérica acompañada o no de inflamación local. Permite determinar con exactitud el tamaño del cálculo.

El tratamiento es quirúrgico, y la extracción del cálculo biliar resuelve la obstrucción intestinal.

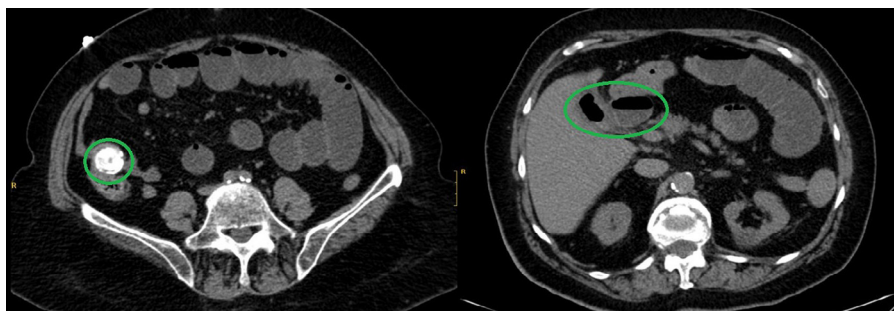


Figura 2 Izquierda: Corte de TC donde se observa imagen de densidad cálcica (rodeada mediante círculo) compatible con cálculo biliar de 25mm localizado en el interior de un asa (probablemente íleon). Derecha: Corte de TC donde se observa la presencia de aire en vesícula biliar (rodeada mediante círculo). La aerobilia no fue observada en la radiografía de abdomen, pero se puso de manifiesto en la TC realizada.

Ante un paciente con vómitos, sugerentes de gastroenteritis, que no responde al tratamiento antiemético y dietético correcto en unas 24-48 h, y cuyo estado general se deteriora progresivamente, hay que plantearse otras opciones diagnósticas. Solicitar una radiografía simple de abdomen y la revisión de estudios radiológicos previos, si se dispone de ellos, puede darnos las claves para llegar al diagnóstico de íleo biliar. La dificultad para establecer esta sospecha diagnóstica y la clínica inespecífica son las responsables de que el íleo biliar continúe siendo una enfermedad asociada a una alta tasa de mortalidad.

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Beuran M, Ivanov I, Venter MD. Gallstone ileus-clinical and therapeutic aspects. *J Med Life*. 2010;3:365-71.

2. Rodríguez Hermosa JI, Codina Cazador A, Gironès Vilà J, Roig García J, Figa Francesch M, Acero Fernández D. Íleo biliar: resultados del análisis de una serie de 40 casos. *Gastroenterol Hepatol*. 2001;24:489-94.
3. Crespo Pérez L, Angueira Lapeña T, Defarges Pons V, Foruny Olcina JR, Cano Ruiz A, Benita León V, et al. Una causa infrecuente de obstrucción gástrica: síndrome de Bouveret. *Gastroenterol Hepatol*. 2008;31:646-51.
4. Casals Garrigo R, Mias Carcaball MC, de la Fuente Juárez MC, Ferriñán Rodríguez A, Pérez Ruiz L, Pelayo Salas A, et al. Valoración del paciente con íleo biliar. Tratamiento y seguimiento. *Cir Esp*. 2000;67:264-7.
5. Segura-Grau A, Sáez-Fernández A, Rodríguez-Lorenzo A, Díaz-Rodríguez N. Curso de ecografía abdominal. Introducción a la técnica ecográfica. Principios físicos. Lenguaje ecográfico. *Semergen*. 2014;40:42-6.
6. Aleixandre Blanquer A, Ruiz Fernández F, Sáez Pérez JM, Cugat Fernández de la Calzada A. Valor de la ecografía abdominal en la invaginación intestinal del adulto. *Semergen*. 2004;30:38-40.
7. Martín-Pérez J, Delgado-Plasencia L, Bravo Gutiérrez A, Burillo-Putre G, Martínez-Riera A, Alarcó-Hernández A, et al. El íleo biliar como causa de abdomen agudo. Importancia del diagnóstico precoz para el tratamiento quirúrgico. *Cir Esp*. 2013;91:485-9.
8. De Tomás Palacios J, Vaquero Rodríguez A, Turégano Fuentes F. Íleo biliar en paciente con enfermedad de Crohn. *Cir Esp*. 2013;91:56-7.

M. Sánchez-García^{a,*}, I.G. Tomoiu^a, D. Reina-Escobar^b y J.A. Delgado-Casado^a

^a Centro de Salud Ciudad Real II, Ciudad Real, España

^b Servicio de Urgencias, Hospital General Universitario de Ciudad Real, Ciudad Real, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: fenetra.444@hotmail.com (M. Sánchez-García).