

Ileo biliar y fístula colecistoduodenal

Reporte de un caso

García- González LA*, Flores- Álvarez E**, López- Martínez LE*, López- Sánchez JL****

Resumen

Se presenta el caso clínico de un hombre de 76 años que desarrolló un íleo biliar y una fístula colecistoduodenal. El íleo biliar es una complicación de la colecistitis litiasica de larga evolución, que suele presentarse en pacientes con edad avanzada. Se presenta su manejo y su evolución. Se concluye que el cirujano siempre debe considerar la posibilidad de un íleo biliar dentro

de la amplia gama de posibilidades diagnósticas al tratar a un paciente con un cuadro de obstrucción intestinal de tipo mecánico. La extracción del lito mediante enterotomía aunada a la resolución de la fístula colecisto-duodenal en un mismo tiempo quirúrgico es una opción de tratamiento factible en nuestro medio
LUXMÉDICA 6(18): 35-38

Palabras clave: fístula colecistoduodenal, íleo biliar

Introducción

El íleo biliar es una entidad clínica que consiste en la obstrucción mecánica del intestino delgado ocasionada por uno o más litos impactados en el íleon distal, originados en la vesícula biliar y que migran a través de una fístula bilio-digestiva, habitualmente entre la vesícula biliar y el duodeno¹. La incidencia es del 0.4% a 0.6% de todos los pacientes con litiasis biliar. Se presenta con mayor frecuencia en pacientes con edad avanzada, entre la séptima y octava décadas de la vida¹⁻³. Representa el 1-3 % de las obstrucciones no estranguladas del intestino delgado. Es más frecuentes en mujeres que en hombres en una relación 4:1. La presentación clínica suele ser inespecífica y más de la tercera parte de los pacientes no cuenta

* Médico Residente de cirugía General, Centenario Hospital Miguel Hidalgo, ISEA.

** Cirujano General, Cirujano Oncólogo, Maestro en Ciencias Médicas, Centenario Hospital Miguel Hidalgo.

*** Cirujano General, Hospital General Tercer Milenio, ISEA.

Fecha de recibido: 3 de agosto 2010

Fecha de aceptación: 30 de abril 2011

Correspondencia: Efrén Flores Álvarez, Cirujano adscrito al Centenario Hospital Miguel Hidalgo. Calle Galeana Sur #465 Col Obraje tel 9946720 correo electrónico efflores@hotmail.com

con historia de sintomatología biliar². El diagnóstico definitivo se establece en el momento de la cirugía. El tratamiento quirúrgico consiste en la extracción del lito del ileon terminal mediante enterotomía y el cierre de la fístula colecisto-duodenal^{3,4}.

Presentación del caso

Se trata de un hombre de 76 años de edad con el antecedente de una laparotomía exploradora 35 años antes, por un trauma penetrante de abdomen con lesión de intestino delgado, resuelta con resección del segmento intestinal afectado y anastomosis primaria; una plastia abdominal 15 años previos por hernia incisional; hipertensión arterial sistémica de 5 meses de diagnóstico e infarto agudo de miocardio 4 meses antes de su ingreso. Inició su padecimiento cinco días previos a su ingreso con dolor abdominal de tipo cólico, difuso, de predominio en hipogastrio, de moderada intensidad, acompañado de distensión abdominal, náuseas y vomito de contenido intestinal en dos ocasiones e imposibilidad para la evacuación y canalización de gases. A su ingreso a urgencias se le encontró con signos vitales normales, alerta, con datos de deshidratación leve, el abdomen con distensión leve, depresible, sin datos de irritación peritoneal, signo de Murphy negativo, peristalsis disminuida con ruidos metálicos esporádicos. Se colocó una sonda nasogástrica drenándose material intestinal abundante. Los exámenes de laboratorio mostraron leucocitosis de 12.65 mil con 87.6% de neutrofilos y 0% de bandas, plaquetas 256 mil, sodio 135 meq/dl, potasio 4.2 meq/dl, cloro 97 meq/dl, creatinina 1.6 mg/dl, urea 145 mg/dl, glucosa 158 mg/dl, las pruebas de función hepática y pancreáticas fueron normales. La radiografía simple de abdomen evidenció distensión de asas de intestino delgado y una imagen radiopaca en el cuadrante inferior derecho a nivel de la articulación sacro-iliaca derecha. El paciente fue sometido a laparotomía exploradora de urgencia encontrando un lito de 4 cm impactado en la válvula ileocecal asociado a distensión intestinal proximal, se efectuó una enterotomía con extracción del lito. Intencionalmente se buscó e identificó una fistula colecisto-duodenal de aproximadamente 4 cm, con un lito del mismo tamaño en el trayecto fistuloso y otro lito intravesicular de 4 cm; se efectuó colecistectomía y resección de la fístula con cierre primario en 2 planos del orificio duodenal. La evolución posoperatoria fue favorable, fue egresado del hospital al séptimo día después de la cirugía, tolerando la vía oral y sin evidencia de complicaciones abdominales.

A 16 meses de la cirugía el paciente se encuentra asintomático y sin datos clínicos de disfunción hepatobiliar ni intestinal.

Discusión

El íleo biliar es una entidad clínica poco común en nuestro medio, los reportes son escasos y la información en la literatura se limita a reportes de casos en forma esporádica y pequeñas series institucionales. El

tratamiento es eminentemente quirúrgico e implica una tasa significativa de complicaciones con una mortalidad que oscila entre el 12 y el 27%, siendo el reflejo de la edad

avanzada y de las condiciones clínicas de los pacientes². Generalmente los pacientes tienen enfermedades concomitantes como diabetes mellitus, hipertensión arterial sistémica, obesidad y enfermedades cardiovasculares³. Además el grado de desequilibrio hidroelectrolítico secundario a la oclusión intestinal incrementa el riesgo de complicaciones perioperatorias y de mortalidad^{3,4}.

El íleo biliar es una complicación de la colecistitis litiasica de larga evolución, que suele presentarse en pacientes con edad avanzada, habitualmente entre los 65 y 75 años y se reporta con mayor frecuencia en mujeres en una proporción 3.5:2.1^{2,3}. Esta enfermedad representa el 1.5-15% de todas las oclusiones intestinales mecánicas⁴. El mecanismo fisiopatogénico descrito para el desarrollo de la fístula biliodigestiva es mediante una presión continua y crónica de un cálculo sobre la pared de la vesícula biliar y el duodeno, erosionando y perforando dichas estructuras implicando un proceso inflamatorio local, con reducción del flujo arterial de la pared vesicular y disminución del drenaje venoso y linfático, la presión constante del lito biliar provoca su

evacuación hacia el tubo digestivo, viaja a lo largo de todo el intestino delgado y finalmente se impacta en la válvula ileocecal ocasionando obstrucción del tránsito intestinal^{3,4}. Solo el 1-15% de las fístulas biliodigestivas producen íleo biliar, siendo el diámetro mínimo del cálculo necesario para producir obstrucción intestinal de 2.5 cm⁴. Las fístulas biliodigestivas más frecuentemente reportadas son las colecisto-duodenales en 65-77% de los casos, seguidas de las colecisto-colónicas en 10 al 25% de los pacientes y las colecisto-gástricas en 5%⁵. La obstrucción intestinal mecánica con dolor abdominal y vómito es la presentación clínica más común⁶. En algunos pacientes el cuadro de obstrucción intestinal se presenta de forma intermitente debido a la migración continua del lito dentro del intestino. Más de la tercera parte de los pacientes no cuenta con antecedentes de síntomas biliares⁴. La ictericia es poco común y se encuentra solo en 15% de los pacientes y las pruebas de función hepática están alteradas solo en un tercio de los pacientes^{1,2}. La radiografía simple de abdomen es una herramienta básica para el diagnóstico y frecuentemente presenta un patrón no específico de obstrucción intestinal con niveles hidroaéreos y dilatación de asas, en ocasiones el lito puede ser identificado, lo mismo que la presencia de neumbilia^{4,5,6}. El ultrasonido es de gran utilidad por su capacidad de demostrar aire en la vía biliar y cálculos en el interior de la vesícula biliar⁷.



Figura 1. Radiografía simple de abdomen preoperatoria. Muestra dilatación de asas de intestino delgado y una imagen radiopaca en el cuadrante inferior derecho.



Figura 2. Fotografía que muestra la presencia del lito en el lumen del íleon distal al momento de la cirugía.

El paciente debe ser tratado en forma quirúrgica de urgencia, una vez que ha logrado mejorarse sus condiciones generales y corregido su desequilibrio hidroelectrolítico. El objetivo primario de la cirugía es resolver la obstrucción intestinal, aunque el cirujano tiene la opción de realizar dos conductas quirúrgicas, la cirugía en uno o en dos tiempos⁸. La cirugía en un tiempo consiste en la realización de la enterolitotomía y la colecistectomía con el cierre de la fístula. En el procedimiento de dos tiempos, se realiza inicialmente la enterolitotomía y en un segundo tiempo la colecistectomía y el cierre de la fístula bilioentérica^{9,10}. La cirugía en un tiempo se justifica por la presencia de síntomas biliares así como el riesgo de un nuevo cuadro de íleo biliar, sin

embargo es un procedimiento más complejo con tiempos anestésico y quirúrgico más prolongados⁹⁻¹¹.



Figura 3. Fotografía que muestra la enterotomía y el lito inmediatamente después de su extracción.

Conclusiones

El cirujano siempre debe considerar la posibilidad de un íleo biliar dentro de la amplia gama de posibilidades diagnósticas al tratar a un paciente con un cuadro de obstrucción intestinal de tipo mecánico. La extracción del lito mediante enterotomía aunada a la resolución de la fístula colecisto-duodenal en un mismo tiempo quirúrgico es una opción de tratamiento factible en nuestro medio.

Bibliografía

- 1 Deckoff SL. Gallstone ileus: a report of 12 cases. *Ann Surg* 1955;142(1):52-65.
- 2 Cooperman AM, Dickson ER, ReMine WH. Changing concepts in the surgical treatment of gallstone ileus. *Ann Surg* 1968;167(3):377-383.
- 3 Reisner RM, Cohen JR. Gallstone ileus: a review of 1001 reported cases. *Am Surg* 1994; 60(6):441-446.
- 4 Masannat YA, Shatnawel A. Gallstone ileus: a review. *Mt Sinai J Med* 2006; 73(8):1132-1134.
- 5 Masannat YA, Caplin S, Brown T. A rare complication of a common disease: Bouveret Syndrome. A case report. *World J Gastroenterol* 2006;12(16):2620-2621.
- 6 Lassandro F, Gagliardi N, Scuderi M, et al. Gallstone ileus analysis of radiological findings in 27 patients. *Eur J Radiol* 2004;50:23-29.
- 7 Ayantunde AA, Agrawal A. Gallstone ileus: diagnosis and management. *World J Surg* 2007; 31:1292-1297.
- 8 Chou JW, Hsu CH, Liao KF, et al. Gallstone ileus: report of two cases and review of the literature. *World J Gastroenterol* 2007;13(8):1295-1298.
- 9 Doko M, Zovak M, Kopljar M, et al. Comparison of surgical treatments of gallstone ileus: preliminary report. *World J Surg* 2003;27(4):400-404.
- 10 Tan YM, Wong WK, Ooi LL. A comparison of two surgical strategies for the emergency treatment of gallstone ileus. *Singapore Med J* 2004;45(2):69-72.
- 11 Pavlidis TE, Atmatzidis KS, Papaziogas BT, et al. Management of gallstone ileus. *J Hepatobiliary Pancreat Surg* 2003;10:299-302.