

## Íleo Biliar, reporte de un caso y revisión de la bibliografía

### Íleo Biliar, um relatório de caso e revisão da bibliografia

DOI:10.34119/bjhrv6n6-006

Recebimento dos originais: 01/10/2023

Aceitação para publicação: 01/11/2023

#### **Llerena Freire Luis Francisco**

Posgradista Cirugía General

Institución: Sociedad de Lucha Contra el Cáncer, Universidad Espíritu Santo

Dirección: Av. Pedro Menéndez Gilbert y Atahualpa

Correo electrónico: pancho\_llerena@hotmail.com

#### **Benavides Vargas Karen Estefanía**

Residente em Cirugía General del Hospital del día Surgclinic

Institución: Hospital del día Surgclinic

Dirección: Pelileo, Av. Padre Jorge Chacòn y Antonio Josè de Sucre

Correo electrónico: surgclinicpelileo@gmail.com

#### **Jefferson Steven Rivera Moreira**

Posgradista Cirugía General

Institución: Sociedad de Lucha Contra el Cáncer, Universidad Espíritu Santo

Dirección: Av. Pedro Menéndez Gilbert y Atahualpa

Correo electrónico: jeff\_ribery@hotmail.com

#### **María Eduarda Ubilla Coello**

Posgradista Cirugía General

Institución: Sociedad de Lucha Contra el Cáncer, Universidad Espíritu Santo

Dirección: Av. Pedro Menéndez Gilbert y Atahualpa

Correo electrónico: yayiubilla@gmail.com

#### **Laura Leonor Ruilova Moreira**

Posgradista Cirugía General

Institución: Sociedad de Lucha Contra el Cáncer, Universidad Espíritu Santo

Dirección: Av. Pedro Menéndez Gilbert y Atahualpa

Correo electrónico: lruilova08@hotmail.com

#### **Jimmy Andres Zambrano Garcia**

Posgradista Cirugía General

Institución: Sociedad de Lucha Contra el Cáncer, Universidad Espíritu Santo

Dirección: Av. Pedro Menéndez Gilbert y Atahualpa

Correo electrónico: documentosjzambrano@gmail.com

#### **Luis Adrián Muñoz Andrade**

Posgradista Cirugía General

Institución: Sociedad de Lucha Contra el Cáncer, Universidad Espíritu Santo

Dirección: Av. Pedro Menéndez Gilbert y Atahualpa

Correo electrónico: munozandradeluis@gmail.com

**Maria Belen Zhindon Astudillo**

Posgradista Cirugía General

Institución: Sociedad de Lucha Contra el Cáncer, Universidad Espíritu Santo

Dirección: Av. Pedro Menéndez Gilbert y Atahualpa

Correo electrónico: belenzhendon11@hotmail.com

**RESUMEN**

El íleo biliar constituye una complicación de la coleditiasis, causada por la impactación de un cálculo a nivel del lumen intestinal, provocando obstrucción intestinal mecánica, presenta una tasa de morbilidad del 50% y mortalidad del 12%-27%, con predominio en mujeres sobre hombres en relación 3.5-3.6:1. Se trata de un paciente masculino de 52 años, con antecedente de derrame cerebral hace 1 año, con clínica de 7 días de evolución de dolor abdominal difuso de moderada intensidad 7-8 en la escala de Eva, localizado en fosa ilíaca derecha, acompañado de vómito, alza térmica e hiporexia. Al examen físico, se evidenció: abdomen blando, depresible, doloroso a la palpación superficial y profunda en flanco y fosa iliaca derecha, ruidos hidroaéreos disminuidos, mcburney +, blumberg + y puño percusión bilateral +. Se realizó exámenes de laboratorio con evidencia de leucocitosis más neutrofilia, Rx de abdomen con distensión de asas intestinales y niveles hidroaéreos, ecografía abdominal con signos sugestivos de íleo paralítico y apendicitis aguda. Por los hallazgos en el examen físico y estudios radiológicos, se decidió realizar una laparotomía exploratoria con evidencia de presencia de 2 litos (6cm) impactados a nivel de la válvula ileocecal causando obstrucción total de la luz intestinal y apéndice cecal eritematosa y se realizó enterotomía y extracción de litos + rafia primaria en 2 planos, apendicetomía convencional, con postoperatorio convencional y sin complicaciones. Conclusión: Se trata de una patología con alta morbilidad y mortalidad, que presenta diferentes manejos quirúrgicos, la evidencia muestra que la enterotomía sola presenta resultados favorables.

**Palabras clave:** Íleo Biliar, coleditiasis, obstrucción intestinal, cálculo, enterotomía.

**RESUMO**

O íleo biliar é uma complicação da coleditíase causada pelo impacto de um cálculo no nível do lúmen intestinal, causando obstrução intestinal mecânica, tem taxa de morbidade de 50% e mortalidade de 12% a 27%, com predominância nas mulheres sobre os homens em relação a 3,5- 3,6:1. É um homem de 52 anos com história de derrame cerebral há 1 ano, com 7 dias de evolução clínica de intensidade moderada, dor abdominal difusa 7-8 na escala de Eva, localizada na fossa ilíaca certa, acompanhada de vômitos, elevação térmica e hiporexia. No exame físico, ficou evidente: abdômen macio, depressível, doloroso à palpação superficial e profunda na fossa ilíaca flanco e direita, ruídos hidroaéreos diminuídos, mcburney +, blumberg + e percussão bilateral punt +. Foram efetuados testes laboratoriais com evidência de leucocitose mais neutrofilia, Rx abdominal com distensão intestinal e níveis hidroaéreos, ultrassonografia abdominal com sinais sugestivos de íleos paralíticos e apendicite aguda. Com base nos resultados do exame físico e dos estudos radiológicos, decidiu-se realizar uma laparotomia exploratória com evidência da presença de 2 satélites (6 cm) impactados no nível da válvula ileocécica causando obstrução total da luz intestinal e do apêndice cecal eritematoso e foi realizada enterotomia e extração de litos + rafia primária em dois aviões, apendicetomia convencional, com pós-cirurgia convencional e laboratório não complicado. Conclusão: É uma patologia com alta morbidade e mortalidade, que apresenta diferentes manejos cirúrgicos, evidências mostram que a enterotomia, por si só, apresenta resultados favoráveis.

**Palavras-chave:** Íleo Biliar, coleditíase, obstrução intestinal, cálculo, enterotomia.

## 1 INTRODUCCIÓN

El íleo biliar es una complicación poco común de la colelitiasis y se describe como una obstrucción mecánica intestinal, causada por la impactación de uno o más cálculos biliares hacia la luz intestinal.<sup>1</sup> Constituye del 0.3 al 0.5% de las complicaciones de la vesícula biliar y el 4% de las causas de obstrucción intestinal a nivel mundial, dicho porcentaje incrementa a 25% en adultos mayores de 65 años.<sup>2</sup> La tasa de morbilidad asociada a íleo es de aproximadamente el 50% y la de mortalidad del 12 al 27%, presenta mayor prevalencia en mujeres que hombres, en una relación 3.5-3.6:1.<sup>3</sup>

Las manifestaciones clínicas de esta patología son intermitentes e inespecíficas, los síntomas más frecuentes son, la presencia de dolor abdominal, distensión, náuseas y vómitos, e ictericia en el 15% de los casos. Al examen físico se puede observar distensión abdominal, incremento de ruidos hidroaéreos, dolor a la palpación y timpanismo.<sup>4</sup> En cuanto a los exámenes complementarios, el laboratorio resulta inespecífico, la ecografía puede identificar fístulas, neumobilia, colelitiasis residual, cálculos impactados, entre otros signos.<sup>5</sup> La radiografía suele presentar signos de obstrucción intestinal y la TAC presenta una sensibilidad del 93% para íleo biliar.<sup>6</sup> La laparotomía exploratoria puede ser también de utilidad para el diagnóstico.

El tratamiento del íleo biliar está enfocado en la resolución de la obstrucción intestinal, el manejo quirúrgico es la elección en estos pacientes<sup>7</sup>; ya sea, la realización de una enterotomía única o combinada con cierre de fístula y colecistectomía.<sup>8</sup>

La enterolitotomía consiste en extraer el o los cálculos mediante una enterotomía, sin realizar otro procedimiento para resolución de la fístula o de enfermedad de la vesícula biliar. Se trata de una técnica que se usa con gran frecuencia y que presenta buenos resultados; ya que, cumple con el principal objetivo del tratamiento y no expone al paciente a una cirugía prolongada y más complicada.<sup>9</sup>

El estudio sigue las recomendaciones para el reporte casos clínicos CARE y cuenta con el consentimiento informado firmado por el paciente para su publicación, mismo que se mantendrá en sigilo y no se identificara al paciente; además, la referencia bibliográfica es correspondiente a las directrices CARE.

## 2 PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente masculino de 52 años de edad, mestizo, con antecedente de derrame cerebral hace 1 año hemiparesia braquiocrural derecha, sin antecedente quirúrgico de importancia, acude por presentar cuadro clínico de aproximadamente 7 días de evolución de dolor abdominal sin desencadenantes identificados, difuso, de tipo continuo y moderada intensidad 7-8 en la Escala

de Eva, en el transcurso de las horas el dolor se irradió y localizó a nivel de fosa ilíaca derecha. El cuadro se acompañó de náuseas que llevaban al vómito por 3 ocasiones, alza térmica no cuantificada e hiporexia. Al examen físico, se evidenció: abdomen blando, depresible, doloroso a la palpación superficial y profunda en flanco y fosa iliaca derecha, ruidos hidroaéreos disminuidos, mcburney +, blumberg + y puño percusión bilateral +.

### 3 EXAMENES COMPLEMENTARIOS

La biometría hemática demostró valores de leucocitos de  $11.20 \times 10^9/L$ . con 78,8% de neutrófilos. En la radiografía de abdomen se evidenció distensión de asas intestinales y niveles hidroaéreos. (Figura 1)

Figura 1. Radiografía de abdomen y pelvis en proyección anterior (A), que muestran importante distensión de las asas intestinales y niveles hidroaéreos sin causa mecánica de obstrucción aparente.



Fuente: Autor/res

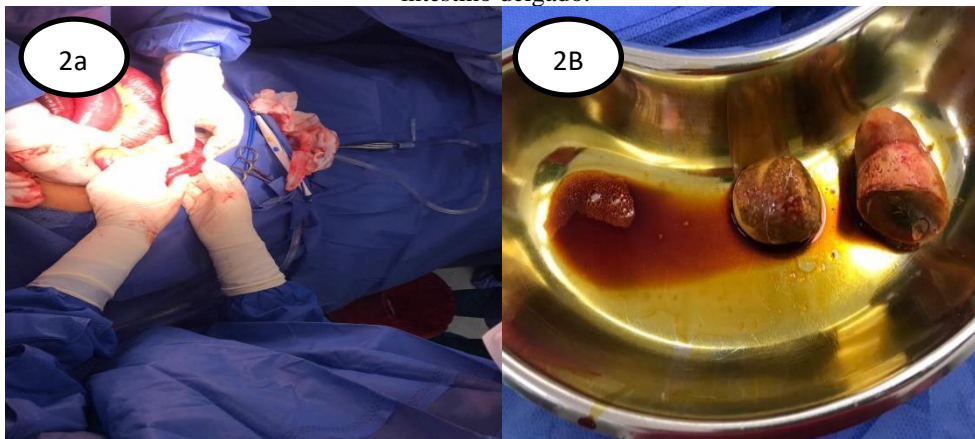
Se realizó una ecografía abdominal en donde se reportó: fosa iliaca derecha con intestino a peristáltico, edema de su pared, sin presencia de líquido libre peri-intestinal, disminución de peristaltismo de asas intestinales delgadas dilatadas sugestivo de íleo paralítico, signo sugestivo de apendicitis por ultrasonido y vesícula biliar distendida de paredes delgadas con imágenes hiperecogénicas que proyectan sombra acústica posterior, vías intra y extra hepáticas no dilatadas. Reporte verbal de imagenología debido a que en la institución no se cuenta con material de impresión.

### 4 INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA

Se planteó un diagnóstico de abdomen agudo, a descartar íleo paralítico y apendicitis aguda.

Por los hallazgos en el examen físico y estudios radiológicos, se decidió realizar una laparotomía exploratoria, mediante una incisión media, supra e infraumbilical de aproximadamente 20 centímetros; en la cual, se evidenció líquido purulento aproximadamente 100cc, asas intestinales dilatadas en íleon y yeyuno a 5cm y a 20 cm de la válvula ileocecal, presencia de 2 litos (6cm) impactados a nivel de la válvula ileocecal causando obstrucción total de la luz intestinal, (Figura 2), apéndice cecal eritematosa, base y ciego indemnes.

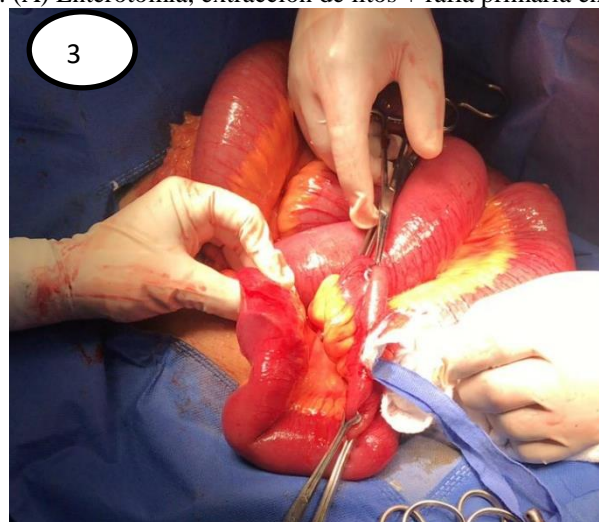
Figura 2. (A) distensión de asas intestinales y obstrucción de intestino delgado. (B) Cálculos biliares extraídos de intestino delgado.



Fuente: Autor/res

Se decidió realizar enterotomía y extracción de litos + rafia primaria en 2 planos, apendicetomía convencional, lavado de cavidad abdominal con solución salina 0.9% (4 lts), drenaje dirigido en corredera parietocolica derecha hacia espacio recto vesical y exteriorizado a flanco derecho. (Figura 3)

Figura 3. (A) Enterotomía, extracción de litos + rafia primaria en 2 planos.



Fuente: Autor/res.

El manejo posquirúrgico que se realizó en este paciente fue, deambulacion precoz, inicio de dieta al tercer día, antibioticoterapia (ampicilina + sulbactam 3 gramos y luego 1.5 gramos vía intravenosa cada 6 horas por 3 días + metronidazol 500 miligramos vía intravenosa cada 8 horas por 3 días, analgesia (Paracetamol 1 gramo vía intravenosa cada 8 horas por 3 días, Ketorolaco 30 miligramos vía intravenosa cada 8 horas por 2 días) e hidratación (Lactato Ringer 1000 mililitros vía intravenosa 84 ml/h por 3 días).

Al cuarto día con una evolución postoperatoria favorable, sin complicaciones postquirúrgicas y tolerando dieta blanda, paciente fue dado de alta y fue remitido a control por Consulta Externa. Para la presentación de este caso, se contó con la autorización del paciente, debidamente suscrita en un consentimiento informado. De igual forma, se siguieron las recomendaciones CARE para la publicación de reportes de caso.

## 5 DISCUSIÓN

Una de las complicaciones poco común de la coledocitis es el íleo biliar, constituyendo del 0,3 al 0,5; sin embargo, presenta una alta tasa de morbilidad del 50% y mortalidad de 12-27%, mayor predominancia en mujeres y mayor riesgo de obstrucción intestinal en adultos mayores de 65 años. Un estudio en 2013 refiere que, de 456 casos de obstrucción de intestino delgado, 5 son por íleo biliar que corresponde a 1,09%, mayor predominio en mujeres en edades de 67-87 años de edad.<sup>10</sup> Otro estudio en 2021, en donde se incluyeron 56 casos demostró que, Las mujeres representaron el 87,3% de los casos, la edad media de los pacientes fue de 70 años y tasa de mortalidad global del 11,8%, con una  $p=0,002$ .<sup>11</sup>

Existen diferentes exámenes de imagen que ayudan al diagnóstico de íleo biliar; tales como: radiografía de abdomen, ecografía abdominal y TAC abdominal, esta última presenta una sensibilidad del 98% para dicha patología. Un estudio realizado en 2022 respalda lo antes mencionado, en donde refiere que la tomografía computarizada da un diagnóstico definitivo, mediante la presencia de la triada de Rigler: distensión en intestino delgado, presencia de gas en vesícula biliar y cálculo biliar ectópico.<sup>12</sup>

El manejo quirúrgico para esta patología es: la realización de una enterotomía única o combinada con cierre de fístula y colecistectomía, la primera ha mostrado gran eficacia sin exponer al paciente a cirugía complicada y prolongada. Un estudio en 2020 refiere que, el objetivo del tratamiento en pacientes con íleo biliar es la resolución intestinal y que la enterotomía es la elección de primera línea para estos pacientes.<sup>13</sup> Una revisión retrospectiva en 2022, donde se incluyeron 25 pacientes intervenidos por íleo biliar quirúrgicamente, concluyó que al 72% de estos pacientes le realizaron enterotomía sola, sin presentar

complicaciones colecistobiliar durante su seguimiento.<sup>14</sup> Finalmente un estudio comparativo en 2021 sobre técnicas quirúrgica en íleo biliar, término que la tasa de mortalidad fue menor con la enterotomía sola en comparación con la enterotomía y colecistectomía con cierre de fístula con una  $p < 0,05$ .<sup>15</sup>

En conclusión, el íleo biliar constituye un complicación poco común de la colelitiasis, pero a su vez presenta altas tasas de moribimortalidad; por lo que, el manejo quirúrgico mediante enterotomía sola constituye el tratamiento de elección para resolver la obstrucción intestinal que se presenta en esta patología, reduciendo posibles complicaciones.

## REFERENCIAS

1. Castillo J, Guillen E, Chama A, Garcia E, Farell J. Ileo biliar: Diagnóstico y Tratamiento oportuno de una enfermedad infrecuente. *Cirugía Andaluza*. 2021; 32(1): p. 36-42.
2. Ploneda C, Gallo M, Rinchon C, Navarro E, Bautista C. El íleo biliar: una revisión de la literatura médica. *Gastroenterología de México*. 2017; 82(3): p. 248-254.
3. El íleo biliar como causa de abdomen agudo. Importancia del diagnóstico precoz para el tratamiento quirúrgico. *Cirugía Española*. 2013; 91(8): p. 485-489.
4. Alfaro R, Escaig R. Íleo biliar, causa no habitual de oclusión intestinal. *Revista Médica Electrónica*. 2023; 45(3): p. 1-11.
5. Inukai K. Gallstone ileus: a review. *BJM Open Gastroenterology*. 2019; 6(1): p. 1-4.
6. Turner A, Sharma B, Mukherjee S. Gallstone Ileus. *National Center for Biotechnology Information*. 2022;; p. 1-10.
7. Salazar M, Alvarado J, Fermín M, Rivero F, Lupian A. Íleo biliar, revisión del manejo quirúrgico. *Cirugía y cirujanos*. 2018; 86(2): p. 182-186.
8. Abbasi G, Alhilfy A, Jasim A. Surgical Management of Gallstone Ileus in Low-Settings Hospital during COVID-19 Outbreak: A Case Report. *Surgical Management of Gallstone Ileus*. 2021; 7(2): p. 54-58.
9. Jiménez G. Abdomen agudo obstructivo secundario a íleo biliar. *Repositorio de la Universidad Técnica de Ambato*. 2018;; p. 1-66.
10. Martín J, Delgado L, Bravo A, Burillo G, Martínez A. Gallstone Ileus as a Cause of Acute Abdomen. Importance of Early Diagnosis for Surgical Treatment. *Cirugía Española*. 2013; 91(8): p. 485-489.
11. Alzerwi N, Idrees B, Alsareii S, Aldebasi Y, Alsultan A. The Regularity of the Site of Impaction in Recurrent Gallstone Ileus: A Systematic Review and Meta-Analysis of Reported Cases. *Canadian Journal of Gastroenterology and Hepatology*. 2021;; p. 1-10.
12. Kosco E, Keener M, Waack A, Ranabothu A, Vattipally V. Radiological Diagnosis and Surgical Treatment of Gallstone Ileus. *Cureus*. 2023; 15(5): p. 1-8.
13. Petracca G, Zappia F, Silvaggio F. Gallstones Ileus. *Intestinal Obstructions*. 2020.
14. Vera C, Sánchez A, Matías B, Mendoza F, Díez M. Surgical Treatment of Gallstone Ileus: Less Is More. *Visceral Medicine*. 2022; 38(1): p. 72-77.
15. Requena A, Mata B, Solís F, Casillas R, Cuadra L. Comparison between surgical techniques in gallstone ileus and outcomes. *Cirugía y cirujanos*. 2021; 88(3): p. 292-296.