



**CIRUGIA Y CIRUJANOS**  
Órgano de difusión científica de la Academia Mexicana de Cirugía  
Fundada en 1933

[www.amc.org.mx](http://www.amc.org.mx) [www.elsevier.es/circir](http://www.elsevier.es/circir)



## CASO CLÍNICO

# Íleo biliar colónico: una rara causa de obstrucción intestinal

Beatriz Marenco-de la Cuadra\*, José Antonio López-Ruiz, Luis Tallón-Aguilar,  
José López-Pérez y Fernando Oliva-Mompeán

Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo, Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla, España

Recibido el 21 de abril de 2016; aceptado el 23 de mayo de 2016

### PALABRAS CLAVE

Obstrucción;  
Íleo biliar;  
Cálculo biliar;  
Colelitiasis;  
Colecistitis

### KEYWORDS

Obstruction;  
Gallstone ileus;  
Gallstone;  
Cholelithiasis;  
Cholecystitis

### Resumen

*Antecedentes:* La obstrucción intestinal en colon, como consecuencia de un cálculo biliar, es una enfermedad extremadamente rara, que suele desarrollarse en muy pocas ocasiones.

*Caso clínico:* Presentamos el caso de una paciente de 87 años, que acude al servicio de urgencias por cuadro compatible con obstrucción intestinal de varios días de evolución, como consecuencia de un cálculo impactado en colon sigmoide.

*Conclusión:* El íleo biliar colónico es una enfermedad muy rara, que ocurre generalmente en pacientes de edad avanzada, como consecuencia del paso del cálculo de gran tamaño desde la vesícula al colon, a través de una fístula colecisto-cólica, siendo una enfermedad con una elevada morbimortalidad.

© 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/>).

### Colonic gallstone ileus: A rare cause of intestinal obstruction

### Abstract

*Background:* A gallstone colonic ileus is a very rare condition.

*Clinical case:* The case is reported of an 87 year-old patient who came to the Emergency Department due to an intestinal obstruction of several days onset, which was caused by a gallstone affected sigmoid colon.

\* Autor para correspondencia. Calle Juan Pablos 10-12, P 1, 2.º B, Tél.: +34 66903 0325.  
Correo electrónico: [Beamarenco@hotmail.com](mailto:Beamarenco@hotmail.com) (B. Marenco-de la Cuadra).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.circir.2016.05.016>

0009-7411/© 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/>).

**Conclusion:** Colonic gallstone ileus is a rare disease that usually occurs in older patients due to the passage of large gallstone directly from the gallbladder to colon, through a cholecystocolonic fistula. It has a high morbidity and 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

La obstrucción intestinal como consecuencia de un cálculo biliar enclavado en colon, es una entidad extremadamente rara<sup>1</sup>, que suele ocurrir como consecuencia del paso de un cálculo de gran tamaño, a través de una fistula colecisto-cólica hacia el colon.

## Objetivo

Se presenta el caso de un íleo biliar a nivel de sigma.

## Caso clínico

Se trata de una mujer de 87 años, con antecedentes de: hipertensión arterial sistémica, osteoporosis, poliartritis, polimialgia reumática; que acude al servicio de urgencias, por presentar dolor abdominal asociado a vómitos y estreñimiento de 3 días de evolución.

A la exploración presenta: aceptable estado general, se mantiene afebril y hemodinámicamente estable; con abdomen distendido y timpánico a la percusión, doloroso en forma generalizada, pero sin datos de irritación peritoneal a la palpación, no se identifican defectos herniarios. Al tacto rectal presenta escasa cantidad de heces.

Se le solicitan, estudios de laboratorio en el servicio de urgencias, donde destaca una proteína C reactiva elevada, encontrándose el resto de parámetros dentro de la normalidad; un estudio de Rx simple de abdomen, que muestra datos compatibles con obstrucción intestinal a nivel de colon descendente. Ante la sospecha de obstrucción

intestinal mecánica, se solicita tomografía axial computada (TAC) abdominal, para confirmar la causa de la obstrucción, donde se identifica una marcada dilatación de todo el colon hasta el colon sigmoides, donde se hace ostensible una imagen de 5 cm, que produce ocupación completa de la luz. Así mismo, se identifica aerobilia con predominio en el lóbulo hepático izquierdo, gas en el conducto cístico y colédoco; la vesícula biliar colapsada con gas en su interior, encontrándose adyacente a la flexura hepática del colon. De todo ello resultan hallazgos compatibles con íleo biliar con obstrucción, a nivel de colon sigmoide (figs. 1A y B).

Debido al cuadro clínico y al aumento progresivo de los valores de los estudios de laboratorio, con deterioro clínico de la paciente, con aumento del dolor y distensión abdominal desde su ingreso, se decide por la cual se decide realizar una intervención quirúrgica urgente. Se lleva a cabo una laparotomía exploradora identificando: gran dilatación del marco cólico, con cambios ostensibles del calibre a nivel de colon sigmoide, donde se palpa el cálculo biliar impactado. Se realiza desimpactación del mismo, desplazándolo de forma proximal hacia colon transverso, donde se lleva a cabo colotomía, extracción de cálculo biliar y cierre simple de la misma (figs. 2A y B). No se realizan maniobras quirúrgicas sobre vesícula ni fístula colecisto-cólica.

Durante el postoperatorio inmediato la paciente desarrolla un cuadro de insuficiencia respiratoria aguda, que evolucionó favorablemente hasta la normalización de las diuresis y las cifras de creatininas, se identificó una fibrilación auricular con respuesta ventricular lenta *de novo*, así como, un síndrome confusional agudo. Además, presenta una infección profunda de herida quirúrgica que prolongó su

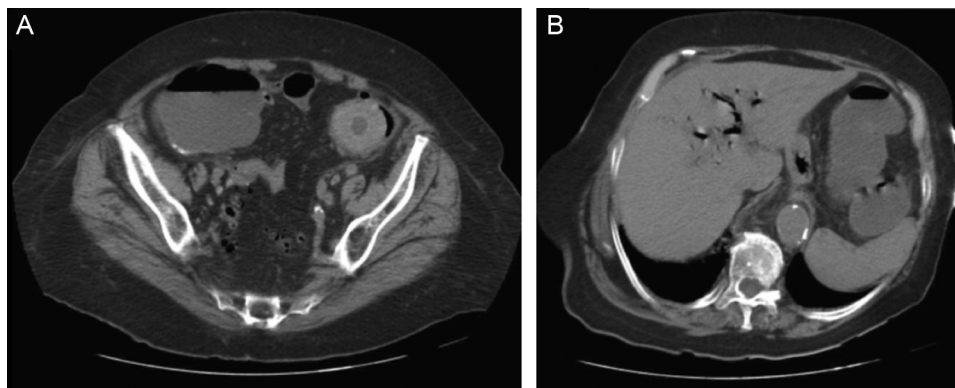


Figura 1 A y B) Imagen de la tomografía axial computada con cálculo enclavado en sigma y aerobilia.

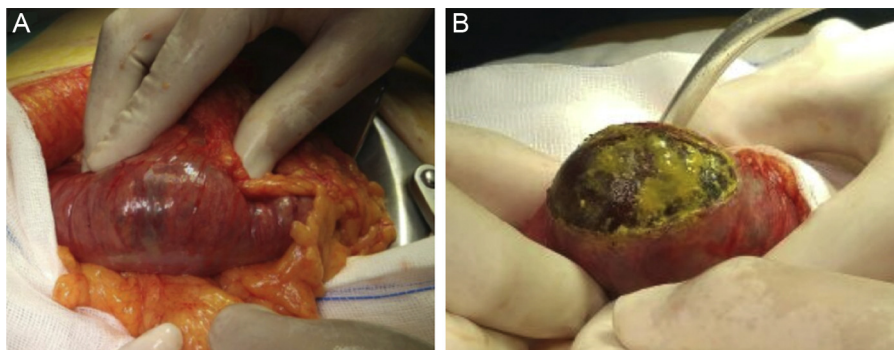


Figura 2 A y B) Localización del cálculo. Colotomía para la extracción del mismo.

ingreso en nuestro servicio para realizar las curaciones cotidianas hospitalarias, siendo dada de alta a domicilio a los 20 días del postoperatorio.

## Discusión

El íleo biliar se trata de una enfermedad muy poco frecuente, que ocurre como complicación de la litiasis biliar, y ocurre del 1-4% de las causas de obstrucción intestinal mecánica<sup>1,2</sup>. Se produce debido a la migración de uno o varios cálculos a través de una fístula biliodigestiva, que suelen desarrollarse en pacientes con cuadro de colecistitis aguda previa (25-75%), aunque también puede presentarse en pacientes sin historia de enfermedad biliar o incluso colecistectomizados<sup>3</sup>. Lo más frecuente es la instauración de una fístula colecisto-duodenal (65-75%), permitiéndose el paso del cálculo, que progresa a través del tubo digestivo hasta llegar a impactarse a cualquier nivel. Siendo la localización más frecuente de obstrucción el íleon terminal (70%), seguida de yeyuno-íleon proximal (25%), duodeno (5%), o colon (2%), y es más raro el desarrollo de una fístula colecisto-cólica (10-25%), que permita el paso directo del cálculo a colon o incluso fístulas colecisto-gástricas (5%)<sup>4</sup>.

Es importante tener en cuenta el tamaño y la morfología del cálculo, ya que resulta difícil que cálculos menores a 2-2,5 cm, generen obstrucción intestinal a nivel del intestino grueso, a no ser que exista una alteración de la dinámica intestinal, o bien una disminución de la luz del mismo, debido a enfermedad benigna, por ejemplo: una diverticulitis o bien un proceso maligno no diagnosticado<sup>5</sup>. En el caso de nuestra paciente se trata de un cálculo de más de 5 cm, impactado a nivel de sigmoides, sin enfermedad intestinal subyacente (fig. 3).

Generalmente, este cuadro se produce en mujeres de edad avanzada, con múltiples comorbilidades asociadas, que pueden llegar a enmascarar el cuadro<sup>1-3,6</sup>, generando un retraso diagnóstico y una elevada morbimortalidad. Aunque suele manifestarse como un cuadro de obstrucción intestinal mecánica, con dolor y distensión abdominal, asociado a vómitos y estreñimiento, no es raro que se llegue al diagnóstico definitivo de forma intraoperatoria<sup>4,5</sup>; sin embargo, existen distintas opciones diagnósticas que coadyuvan a determinar la causa del cuadro clínico.

Inicialmente es fundamental realizar un estudio de Rx simple de abdomen, ante toda sospecha de cuadro obstructivo, en la cual podríamos identificar una tríada



Figura 3 Cálculo mayor a 5 cm.

patognomónica (40-50%) de esta enfermedad, como es: distensión intestinal, neumbilia y cálculo biliar ectópico, como se puede apreciar en la Rx de nuestro paciente<sup>5</sup>. La ecografía visualiza el estado actual de la vesícula y la vía biliar (coledocolitiasis e imagen ecogénica intravesicular), la existencia de fístula bilioentérica, con presencia de neumbilia, y puede identificar el cálculo en la luz intestinal. La TAC abdominal evidencia la imagen del cálculo biliar y la localización exacta de la obstrucción intestinal, el aire en la vesícula biliar y la fístula, siendo esta la prueba diagnóstica definitiva en nuestra paciente<sup>1,2,4</sup>.

Una vez que se ha diagnosticado el cuadro clínico, se debe realizar un planteamiento terapéutico, teniendo en consideración, las características de estos pacientes. Existen datos de resolución del cuadro mediante colonoscopia, lo que permitiría descartar una posible enfermedad subyacente. Sin embargo, la resolución más utilizada es la quirúrgica, posterior a las medidas de soporte básico del enfermo; en el caso de nuestra paciente, se desechó la resolución endoscópica del cuadro, debido al empeoramiento clínico que experimentó la enferma en pocas horas. La cirugía debe ser resolutiva del cuadro obstructivo, dejando para un segundo tiempo la colecistectomía y la resolución de la fístula, si existen datos clínicos de enfermedad biliar reiterativa<sup>3</sup>. La cirugía consiste en una laparotomía o laparoscopia exploradora, con identificación, desimpactación y extracción del cálculo; mediante enterotomía o resección intestinal, en los casos que exista afectación de la pared del colon, enfermedad asociada, perforación intestinal, etc. Es importante realizar una palpación metódica de la vesícula

y de todo el intestino, para buscar otras litiasis, que pueden ser el origen de oclusiones posteriores<sup>1-3,5</sup>.

La morbilidad descrita en estos pacientes es del 50%, siendo la complicación más frecuente la infección de la herida quirúrgica, que como hemos descrito previamente, fue la principal causa de ingreso de nuestra paciente<sup>3,6,7</sup>.

## Conclusión

Reseñar que esta enfermedad supone una urgencia de difícil diagnóstico, por las características del paciente; con un alto índice de morbimortalidad, que se beneficia con intervenciones tempranas, encaminadas únicamente a la resolución del cuadro obstructivo, con colecistectomía en un segundo tiempo, en paciente con sintomatología repetida y colelitiasis confirmada.

## 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 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 declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

## Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

## Bibliografía

1. Osman N, Subar D, Loh MY, Goscinski A. Case report. Gallstone ileus of the sigmoid colon: An unusual cause of large-bowel obstruction. *HPB Surg.* 2010;2010:153740.
2. Reisine RM, Cohen JR. Gallstone ileus: A review of 1001 reported cases. *Am Surg.* 1994;60:441-6.
3. Rodríguez Hermosa JI, Codina Cazador A, Gironès Vilà J, Roig García J, Figa Francesch M, Acero Fernández D. Gallstone ileus: Results of analysis of a series of 40 patients. *Gastroenterol Hepatol.* 2001;24:489-94.
4. Casals Garrigo R, Mias Carcaball MC, de la Fuente Juárez MC, Fermiñán 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. Mohamed ZK, Balupuri S, Boobis LH. Colonic gallstones: A case report. *Hepatobiliary Pancreat Dis Int.* 2007;6:324-5.
6. Chou JW, Hsu CH, Liao KF, Lai HC, Cheng KS, Peng CY, et al. Gallstone ileus: Report of two cases and review of the literature. *World J Gastroenterol.* 2007;13:1295-8.
7. Soto Sánchez A, Sánchez González JM, Amir Nicolau BF, Marrero Marrero P, del Pino Monzón JM, Díaz Mejías JG, et al. Íleo biliar colónico secundario a fistula colecistocolónica. *Revista Española de Investigaciones Quirúrgicas.* 2012;15:25-6.