

ÍLEO BILIAR COMO ETIOLOGÍA DE OBSTRUCCIÓN INTESTINAL RECURRENTE.

REPORTE DE CASO

Michelle Eltit¹, Norman Aguilera², Rodrigo Canales¹, Gabriela Rubio¹.

(1) Interno de Medicina, Escuela de Medicina, Universidad de Santiago de Chile.

(2) Médico cirujano, Médico EDF Hospital Contulmo.

INTRODUCCIÓN

El Ileo Biliar (IB) es causa poco frecuente de oclusión intestinal mecánica, causada por impactación de cálculo biliar en el tubo digestivo, siendo la localización más frecuente, ileon terminal (1); en más del 90% de los casos se debe al paso de cálculo a través de una fístula bilioentérica, siendo la colecistoduodenal la más frecuente (2). Se presenta entre 0,3-0,5% de las complicaciones de la colecistolitiasis(2), afectando principalmente a mayores de 65 años. El tratamiento quirúrgico (enterolitotomía) sigue siendo manejo de elección y está dirigido a resolver la obstrucción intestinal y secundariamente la fístula biliodigestiva(1).

CASO CLÍNICO

Hombre, 54 años. Consulta por cuadro clínico de 1 día de evolución sugerente de obstrucción intestinal. Se realiza Tomografía computarizada abdomen/pelvis donde destaca presencia de lito vesicular (5x6x5cm) en transición yeyuno-ileal. Se realiza laparotomía exploratoria de urgencia, enterolitotomía y enterorrafia, sin incidentes. Dado de alta al cuarto día post cirugía sin complicaciones. 48 horas después, acude al servicio de urgencia con clínica obstructiva e imagen sugerente de nuevo lito (3x4x3) adherido a pared intestinal, en pabellón de urgencia se extrae, impactado a 130 cm del ángulo de Treitz, intervención sin complicaciones. Evolucionando favorablemente, dado de alta con cierre de fístula y colecistectomía diferidas para nueva intervención.

PREGUNTA

¿Qué tan frecuente es el ileo biliar como etiología de obstrucción intestinal en población general?

DISCUSIÓN

El íleo biliar ocurre en el 0,5% de los pacientes que presentan obstrucción mecánica del intestino delgado intestinal (3). Afectando principalmente a mujeres y personas de la tercera edad. Siendo una causa de baja prevalencia. La mortalidad varía entre un 6,7%-22,7% (2), por lo que es importante considerarlo como diagnóstico diferencial ante antecedentes de patología biliar o fístula colecistoentérica. Durante resolución de la fístula es importante la exploración manual del intestino delgado, para detectar cálculos luminales

que no se visualizan imagenológicamente, con objetivo de evitar nueva obstrucción y riesgo asociado.

REFERENCIAS

1. Lupian-angulo AI. Gallstone ileus , surgical management review. 2018;163–7.
2. Martínez U, Pérez A, Paulina M, Bernal S, Carolina A, Burguete P. CASE REPORT – OPEN ACCESS International Journal of Surgery Case Reports Gallstone ileus after recent cholecystectomy . Case report and review of the literature. 2021;79:470–4.
3. Andrew P Keaveny, Nezam H Afdhal, Dr. Steven Bowers, UpToDate [Internet]. Uptodate.com. [citado el 17 de noviembre de 2021]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/gallstone-ileus?search=ileo%20biliar&source=search_result&selectedTitle=1~15&usage_type=default&display_rank=1
4. Martínez U, Pérez A, Paulina M, Bernal S, Carolina A, Burguete P. CASE REPORT – OPEN ACCESS International Journal of Surgery Case Reports Gallstone ileus after recent cholecystectomy . Case report and review of the literature. 2021;79:470–4.
5. Castillo MB. Íleo biliar, una causa infrecuente de oclusión intestinal. 2015;58(tabla 1):33–9.
6. Narkhede RA, Bada VC, Kona LK. Laparoscopic Management of a Proximal Jejunal Gallstone Ileus with Patulous Ampulla and Choledochal Cyst — a Report of Unusual Presentation and a Review. 2017;79(February):51–7.

BILE ILEUS AS AN ETIOLOGY OF RECURRENT BOWEL OBSTRUCTION ABOUT A CASE

INTRODUCTION

The gallbladder ileus (IB) is a rare cause of mechanical intestinal occlusion, caused by impaction of the gallstone in the digestive tract, the most frequent location being the terminal ileum¹. It occurs between 0.3-0.5% of the complications of cholelithiasis, ² mainly affecting those over 65 years of age. Surgical treatment (enterolithotomy) continues to be the treatment of choice and is aimed at resolving intestinal obstruction and, secondarily, biliointestinal fistula¹. Whether it is performed simultaneously will depend on the local and general conditions of the patient.

CLINICAL CASE

Man, 54 years old. Consultation for a 1-day clinical picture suggestive of intestinal obstruction. Abdominal / pelvic computed tomography is performed where the presence of a gallstone (5x6x5cm) in jejunal-ileal transition stands out. Emergency exploratory laparotomy, enterolithotomy, and enterorrhaphy were performed, without incident. 48 hours later, he went to the emergency department with obstructive symptoms and a suggestive image of a new stone (3x4x3) adhered to the intestinal wall, in emergency ward it was extracted, impacted 130 cm from the angle of Treitz, intervention without complications.

QUESTION

How frequent is the biliary ileum as an etiology of intestinal obstruction in the general population?

DISCUSSION

Gallstone ileus occurs in 0.5% of patients with mechanical small bowel obstruction (3). Mainly affecting women and the elderly. Mortality varies between 6.7% -22.7% 2, so it is important to consider it as a differential diagnosis in the presence of a history of biliary pathology or cholecystoenteric fistula. During resolution of the fistula, manual exploration of the small intestine is important to detect luminal stones that are not visualized imaging, in order to avoid new obstruction and associated risk.

Key words: Biliary ileus, Biliodigestive fistula, lithotomy.