

Obstrucción intestinal por litiasis biliar: relato de un caso

Intestinal obstruction for biliary lithiasis: case report

Miguel Enrique Rodríguez Rodríguez¹, Oscar Díaz Pi¹, Javier Mellado Herrera¹, Luis Emilio Jurit Rodríguez¹, Gandy Guasch Figueras¹

RESUMEN

El íleo biliar es una complicación poco común de la litiasis biliar, que se presenta como un cuadro de obstrucción intestinal; es más frecuente en pacientes ancianos. El cuadro clínico del íleon biliar es difuso y la Tríada de Rigler se observa en menos del 30% de los pacientes. El tratamiento quirúrgico va desde enterotomía y litotricia hasta la colecistectomía con tratamiento de la fístula. Se presenta una paciente de 86 años de edad que después de una semana de síntomas y de tratamiento médico se le diagnostica una oclusión intestinal, se decide su tratamiento quirúrgico y como hallazgo se encuentra una litiasis biliar como causa de la oclusión.

Palabras clave: obstrucción intestinal; colelitiasis; íleus; cálculos biliares.

ABSTRACT

The biliary ileum is an infrequent complication of cholelithiasis, that is manifested as an intestinal obstruction, is more prevalent in aged people. The clinical square of the biliary ileum is diffuse and the Triad of Rigler is observed in less than 30% of the patient one. The surgical treatment goes from enterotomía and litotricia to the colecistectomía with treatment of the water-pipe. The case of a female, 86-year-old patient is presented that after a week of symptoms and of medical treatment it was detected the presence of a mechanical intestinal obstruction for which the patient underwent emergency surgery. As the cause of occlusion it was found a thick gallstone in a jejunal loop.

Keywords: intestinal obstruction; cholelithiasis; ileus; gallstones.

INTRODUCCIÓN

El íleon biliar está causado por la salida de un cálculo procedente de la vesícula biliar o de la vía biliar al intestino delgado, produciendo un cuadro de obstrucción intestinal al quedar dicho cálculo enclavado, generalmente, en un asa de intestino delgado.¹

En 1654, Thomas Bartholin describió la fistula bilio-digestiva, en un estudio de necropsia.²

En 1890, Courvoisier publicada la primera serie de 131 casos de cálculo biliar en el íleon, con una de mortalidad de 44%.³

En 1896, Bouveret describió un síndrome de obstrucción gástrica causada por un cálculo biliar impactado en el bulbo duodenal, posteriormente este síndrome llevara su nombre.⁴

Pero fue Leo Rigler en 1941 quien describió la tríada de aerobilia, obstrucción intestinal y cálculo enclavado en intestino.¹

El íleon biliar es una causa poco común de obstrucción intestinal y determina de 1 a 4% de todas las obstrucciones intestinales.⁵

RELATO DE CASO

Se presenta un caso de una anciana de 84 años, que presentó un cuadro de oclusión, intestinal mecánica de intestino delgado (yeyuno) que su causa fue una litiasis biliar. Motivo de Consulta: "Dolor Abdominal".

Paciente femenina de 86 años, con antecedentes de salud aparente, que acude a la consulta de Medicina Interna del Hospital Dr. Miguel Enríquez, por presentar dolor abdominal difuso (el cual disminuye con los vómitos), vómitos abundantes, y fiebre. Se indica su ingreso para estudio, 10 días después la paciente mantiene el mismo cuadro clínico a pesar de la terapéutica tomada. Se decide interconsultar con la guardia de Cirugía General. Se decide realizar examen físico y complementarios de urgencia.

¹Universidad de Ciencias Médicas, Hospital Dr. Miguel Enríquez – Habana, Cuba.

Contato: miguelerr@infomed.sld.cu

Recebido em 30/03/2016. Aceito para publicação em 21/06/2016.

Examen Físico

- Piel y Mucosas: hipocoloreadas – hipohidratadas
- Tejido Celular Subcutáneo: no infiltrado
- Aparato Respiratorio: frecuencia respiratoria: 19 por minutos, no estertores, murmullo vesicular audible.
- Aparato Cardiovascular: frecuencia cardiaca: 119 por minutos, arrítmico, no se auscultan soplos. Tensión arterial 130 - 85 mm hg
- Abdomen: no se observan cicatrices quirúrgicas previas, abdomen distendido central y simétricamente, ruidos hidroaéreos aumentando en número e intensidad. Abdomen doloroso difusamente, con zona de emplastamiento en hipocondrio derecho, no reacción peritoneal
- Sistema Nervioso Central: desorientada en tiempo espacio y persona

Se interroga a familiares nuevamente y refieren que la paciente ha presentado cuadros doloroso en hipocondrio derecho en varias ocasiones, pero no sintió la necesidad de acudir al médico.

- Impresión diagnóstica: Síndrome Oclusivo de Intestino Delgado Alto
- Conducta: laparotomía de Urgencia
- Hallazgo Quirúrgico: se encuentra gran distensión del intestino delgado hasta unos 50 centímetros del ángulo de Treiz (asa Yeyunal). Se realiza enterotomía y se extrae el cálculo, se sutura el intestino en un solo plano, con puntos continuos. Se explora el resto de la cavidad, observándose bloqueada la zona del hipocondrio derecho, se decide cerrar por planos el abdomen y dejar puntos subtotales.

DISCUSIÓN

El cuadro clínico del íleon biliar es difuso y la Tríada de Rigler se observa en menos del 30% de los pacientes (obstrucción del intestino delgado, neumobilia y cálculo biliar ectópico) lo que hace que su diagnóstico sea difícil,^{6,7} más si es un paciente que no colabora con el interrogatorio, lo que es necesario un alto índice de sospecha. En el caso presentado, solo se llegó a la conclusión de que presentaba una oclusión intestinal mecánica de intestino delgado, sin poder precisar la causa, la cual fue diagnóstica en el acto quirúrgico.

Las localizaciones más frecuentes son en el íleon terminal, yeyuno – íleon y menos común colon y duodeno.⁸

La radiografía de abdomen simple puede auxiliarnos, en preoperatorio y los hallazgos radiológicos más frecuentes son.⁹

- Presencia de neumobilia (presencia de aire en vía biliar);
- Obstrucción intestinal;
- Visualización del cálculo ectópico.

En el caso presentado solo se logró el diagnóstico de oclusión intestinal, los demás signos no fueron posibles encontrarlos, pero el cuadro clínico y una placa radiográfica de abdomen simple puede bastar para decidir la conducta quirúrgica del paciente (Figura 1).

Otros exámenes como el Ultrasonido Abdominal y la Tomografía Axial Computarizada, pueden ser útil para el diagnóstico preoperatorio,¹⁰ pero se tiene que tener cautela con la realización de ellos, porque una negatividad, no es un criterio absoluto para la exclusión del diagnóstico, sobre todo si el cuadro clínico es grave.

La terapéutica de oro es el tratamiento previo a la operación con fluido terapia y corrección hasta donde es posible de los trastornos hidroelectrolítico y ácido base. Posteriormente se tienen varias opciones quirúrgicas.¹¹

- Simple enterotomía con litotomía (en cuadros graves, donde se tiene que actuar rápido);
- Enterotomía con litotomía más colecistectomía;
- Enterotomía con litotomía más colecistectomía y tratamiento de la fistula (se tiene que tener en cuenta que este proceder es más complejo).

En el caso reportado el grupo de trabajo decidió realizar solamente enterotomía con litotomía, por las condiciones de la paciente (Figura 2).

CONCLUSIONES

La obstrucción intestinal causada por una litiasis biliar es poco común, este evento acontece más frecuentemente en los ancianos. El cuadro clínico en muchas ocasiones es difuso y se precisa de gran índice de sospecha. La radiografía convencional puede ser de gran ayuda para su diagnóstico, pero también el Ultrasonido Abdominal y la Tomografía Axial Computarizada. El tratamiento quirúrgico puede ser desde enterotomía y litotomía que es el más simple hasta enterotomía con litotomía más colecistectomía y el tratamiento de la fistula, que es un proceder más complejo.



Figura 1. Rx Simple de Abdomen Simple AP: se observan niveles hidroaéreos de intestino delgado centrales.



Figura 2. Hallazgo Quirúrgico: síndrome oclusivo de intestino delgado alto, por litiasis biliar en yeyuno.

REFERÊNCIAS

1. Aláez-Chillarón AB, Moreno-Manso I, Martín-Vieira FJ, Mojtar MF. Íleo biliar posterior a colangiopancreatografía retrógrada endoscópica. *Cir Cir.* 2015;85(2):154-7.
2. Martin F. Intestinal obstruction due to gall-stones: with report of three successful cases. *Ann Surg.* 1912;55:725-43.
3. Courvoisier LG. Casuistisch-statistische beitrage zur pathologie und chirurgie der gallenwege. Leipzig: Vogel; 1890.
4. Gaduputi V, Tariq H, Rahnemai-Azar AA, Dev A, Farkas DT. Gallstone ileus with multiple stones: Where Rigger triad meets Bouveret's syndrome. *World J Gastrointest Surg.* 2015;7(12):394-7.
5. Campelo MRO, Chaves JPG, Menegola VM. Ileo biliar: um relato de caso. *Rev AMRIGS.* 2015;59(1):35-8.
6. Ramírez-Ramírez MM, Villanueva-Saenz E, Zubieta-Ofrail G. Tríada de Rigler en íleo biliar. Una forma poco común de obstrucción intestinal. *Rev Gastroenterol Méx.* 2015;81(2):103-4.
7. Monzón Rodríguez M, Torres Aja L, Capín Sarría N. Oclusión intestinal por íleo biliar. Presentación de un caso. *Medisur.* 2012;10(3):227-9.
8. Oliveira LL, Silva dos Anjos G, Silva Ramos T, Lopes Frota M, Marques Soares CV. Obstrução e perfuração jejunal e ileal por cálculos advindos de fístula colecistoduodenal: relato de caso. *Rev Méd Minas Gerais.* 2012;22(4):454-7.
9. Alencastro MC, Cardoso KT, Mendes CA, Boteon YL, Carvalho RB, Fraga GP. Abdome agudo por obstrução íleoiliar. *Rev Col Bras Cir.* 2013;40(4):275-80.
10. Murphy KP, Kearney DE, McLaughlin PD, Maher MM. Complete radiological findings in gallstone ileus. *J Neurogastroenterol Motil.* 2012;18(4):448-9.
11. Nuño-Guzmán CM, Marín-Contreras ME, Figueroa-Sánchez M, Corona JL. Gallstone ileus, clinical presentation, diagnostic and treatment approach. *World J Gastrointest Surg.* 2016;8(1):65-76.