

UNIVERSIDAD PRIVADA ANTENOR ORREGO

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA



TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO

ÍLEO BILIAR ASOCIADO A PANCREATITIS AGUDA

AUTOR: BRIONES PASTOR, ARTURO RENATO

ASESOR: CABALLERO ALVARADO, JOSE ANTONIO

TRUJILLO-PERÚ

2020

REPORTE DE CASO: ÍLEO BILIAR ASOCIADO A PANCREATITIS AGUDA.**CASE REPORT: BILIARY ILEUS ASSOCIATED WITH ACUTE PANCREATITIS****Carlos N. Montoya-Villena¹. José Antonio Caballero-Alvarado². Arturo R. Briones-Pastor³.**¹Servicio de Cirugía General de Essalud II Cajamarca, Perú. klosmv@hotmail.com² Docente de Cátedra de Cirugía General, Universidad Privada Antenor Orrego, Trujillo, Perú.

jcaballeroa2@upao.edu.pe

³Bachiller de Medicina, Universidad Privada Antenor Orrego, Trujillo, Perú.

renatobriones14@hotmail.com

Correspondencia: Arturo Renato Briones Pastor. Código Postal: 13001. e-mail:*abrionesp@upao.edu.pe**

Fecha de recepción:

Fecha de aceptación:

Resumen

Íleo biliar, complicación infrecuente de colelitiasis, se caracteriza por una obstrucción intestinal por cálculos que migran mediante una fístula colecistoduodenal formada por episodios recurrentes de colecistitis aguda. Su incidencia es de 0.3 -0.5% de las complicaciones de litiasis vesicular, con mayor frecuencia en mujeres y adulto mayor.

Así mismo, la colelitiasis y el etilismo son causas principales de mayor prevalencia para Pancreatitis Aguda y en menor porcentaje, la hipertrigliceridemia.

Podremos obtener el diagnóstico de Pancreatitis Aguda al evidenciar un mínimo de 02 de los siguientes criterios: dolor abdominal característico, niveles elevados de amilasa y / o lipasa sérica tres veces superior a sus valores normales o hallazgos imagenológicos representativos.

Exponemos el caso de una mujer de 47 años que acude por dolor abdominal tipo cólico a predominio de hemiabdomen inferior, náuseas, emesis persistente, no eliminación de heces y escasos flatos, siendo diagnosticada con obstrucción intestinal por íleo biliar mediante el uso de una TC abdominal, evidenciando la Triada de Rigler asociado a Pancreatitis aguda leve; se realizó el tratamiento médico pertinente y se programó para una laparotomía exploratoria, realizándose una ileolitotomía, sin complicaciones post operatorias a pesar de su diagnóstico tardío, evolucionando favorablemente.

Palabras claves: Obstrucción intestinal, ileo biliar, pancreatitis aguda, complicación infrecuente

Abstrac

Gallstone ileus, is a rare complication of cholelithiasis, characterized by an intestinal obstruction caused by stones that migrate through a cholecystoduodenal fistula formed by recurrent episodes of acute cholecystitis. The incidence is 0.3 -0.5% of complications of vesicular lithiasis, most often in women and older adults. Likewise, cholelithiasis and ethnicism are the main causes of higher prevalence for acute pancreatitis and, in a smaller percentage, hypertriglyceridemia.

We can obtain the diagnosis of Acute Pancreatitis by showing a minimum of 02 of the following criteria: characteristic abdominal pain, elevated levels of amylase and / or serum lipase three times higher than their normal values or representative imaging findings.

We present the case of a 47-year-old woman who comes for billiard colic abdominal pain in the lower hemiabdomen, nausea, persistent emesis, no elimination of stools and scarce flatus, being diagnosed with intestinal obstruction by biliary ileus by the use of an abdominal CT scan, evidencing the Rigler Triad associated with mild acute pancreatitis; appropriate medical treatment was performed and scheduled for exploratory laparotomy, carrying out an ileolithotomy, without post-operative complications, despite its late diagnosis, evolving favorably.

Keywords: Intestinal obstruction, Gallstone ileus, acute pancreatitis, uncommon complication

Introducción

Una de las patologías de muy difícil diagnóstico y controversial manejo es el íleo biliar, una complicación atípica de la colelitiasis que, mediante la formación de una fístula enterobiliar causa una obstrucción mecánica del lumen intestinal por uno o varios cálculos de gran dimensión.(1)

Su incidencia es del 0.3-0.5% de las complicaciones de litiasis vesicular, existiendo una relación del 3.5:1 de las mujeres con respecto a los varones, siendo pacientes mayores de 60 años.(2)

La clínica consta de dolor abdominal tipo cólico, náuseas, emesis, ausencia de flatos y heces.

La triada de Rigler (distensión de asas intestinales, neumobilia y lito biliar ectópico) sugerente de obstrucción intestinal por íleo biliar, visualizada en estudio imaginológico con mayor sensibilidad y especificidad, la TAC abdominal; es una ayuda diagnóstica para posterior abordaje quirúrgico, teniendo como alternativas a la enterolitotomía, cirugía en un solo tiempo o en dos tiempos; considerando de elección a la enterolitotomía por su menor morbilidad y mortalidad. (3).

Por otro lado, se da a conocer que la colelitiasis (40-50%) y el estilismo (20%) continúan siendo las etiologías con mayor prevalencia para Pancreatitis Aguda. En un 9%, la hipertrigliceridemia es también causa de esta patología.(4)

Se determina el diagnóstico de Pancreatitis aguda al evidenciar un mínimo de 02 de los siguientes criterios: dolor abdominal característico, niveles elevados de amilasa y / o lipasa sérica tres veces superior de sus valores normales o hallazgos imagenológicos representativos.(5)

Exponemos el caso de una mujer de 47 años con diagnóstico de obstrucción intestinal por íleo biliar asociado a Pancreatitis aguda de origen biliar, caso muy particular referente a su relación y de escasa presentación basado en literatura científica.

Nuestro objetivo principal es transmitir la peculiaridad de la aparición de ambas patologías de manera simultánea, reiterar en la sintomatología y exámenes auxiliares que debe tener en cuenta el personal médico para un diagnóstico temprano y un tratamiento quirúrgico oportuno.

Presentación del Caso

Paciente mujer de 47 años sin comorbilidades, acude a centro de salud refiriendo dolor abdominal tipo cólico a predominio de hemiabdomen inferior sin irradiación asociado a emesis persistente, no presenta deposiciones hace 2 días, elimina flatos, niega sensación de alza térmica, sin molestias urinarias. Se le realiza exámenes de laboratorio encontrándose leve leucocitosis sin desviación izquierda, amilasa y lipasa elevados levemente no en rango de pancreatitis, aglutinaciones negativas, examen de orina sin alteraciones, se le da tratamiento sintomático.

Dos semanas posteriores a su atención, persiste con sintomatología de dolor abdominal en epigastrio y mesogastrio tipo opresivo asociado a náuseas y emesis, siendo diagnosticada con Pancreatitis Aguda e Íleo paralítico; por lo cual, es referida a un centro de mayor complejidad.

A su ingreso por Emergencia, paciente refiere vómitos de 4 a 5 veces por día, no deposiciones, elimina algunos flatos; trae consigo exámenes de laboratorio realizados en centro de salud donde fue referida, donde informa Lipasa: 467 u/l, Urea: 122mg /dl, Creatinina 1,2mg/dl. Al examen, en abdomen se encuentran ruidos hidroaéreos presentes, blando depresible, dolor a palpación en epigastrio y mesogastrio, sin signos de irritación peritoneal. Paciente es ingresado a la unidad con diagnóstico de Pancreatitis aguda, deshidratación moderada, íleo paralítico, a la espera de exámenes solicitados.

	02/06/20	03/06/20		
Examen de orina:	Leucocitos 10-15 x campo		bilirrubina indirecta:	0,84
Creatinina:	0,6mg/dl		TGO:	29 u/l
Glucosa:	90mg/dl		TGP:	35 u/l
Nitrógeno ureico:	14mg/dl		Amilasa:	207 u/l
Bilirrubina total:	1.04		Potasio:	2.19 3.71
bilirrubina directa:	0,2		Sodio:	139 141
			HCO3-c	19.5 20.3
			Cloro:	101 105
			Calcio:	1,04 1,09

Paciente es reevaluada por médico, quien ante los hallazgos imagenológicos, realiza programación para intervención quirúrgica: Laparatomía exploratoria. Paciente con evolución y pronóstico favorable.

Discusión

Una causa rara de obstrucción gastrointestinal es el íleo biliar, inusual complicación colelitíásica caracterizada por el paso de un cálculo biliar hacia la luz gastroentérica a través de una fístula formada por las colecistitis recurrentes; teniendo en cuenta que, el sitio de obstrucción de mayor frecuencia es el duodeno (75% -83%), pudiendo viajar hasta la porción más estrecha, la válvula ileocecal.(6-8)

La clínica de dicha afección consta de náuseas, emesis, distensión abdominal, dolor abdominal tipo cólico y ausencia de heces y flatos, teniendo en cuenta que, la intensidad de éstos, depende del lugar de impactación del cálculo.

Referente al tratamiento del Íleo biliar se ha considerado el abordaje quirúrgico, siendo aún un tema controversial la técnica quirúrgica a realizar, teniendo como alternativas a la enterotomía sola, enterotomía con colecistectomía y cierre de fístula, la resección intestinal sola y resección intestinal con reparación de fístula. (9)

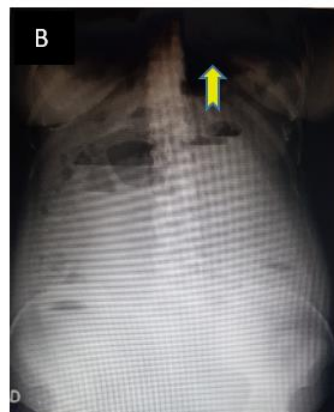
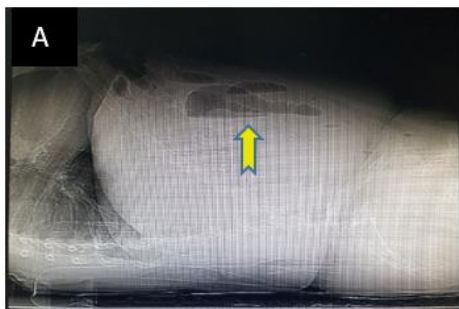
Así mismo, los litos biliares que viajan a través de los conductos biliares, causan una obstrucción transitoria del conducto pancreático, no permitiendo la comunicación entre los componentes biliares y los pancreáticos, continúa siendo la causa más frecuente de pancreatitis aguda. (10)

En nuestro caso, tenemos una paciente quien presenta diagnóstico de Íleo biliar asociado a Pancreatitis Aguda Leve, la cual se caracteriza por una ausencia de necrosis peri pancreática; sin embargo, las enzimas al generar lesión del tejido, producen falla orgánica transitoria que se resolvió en un período de 48 horas tras las medidas de soporte adecuadas.

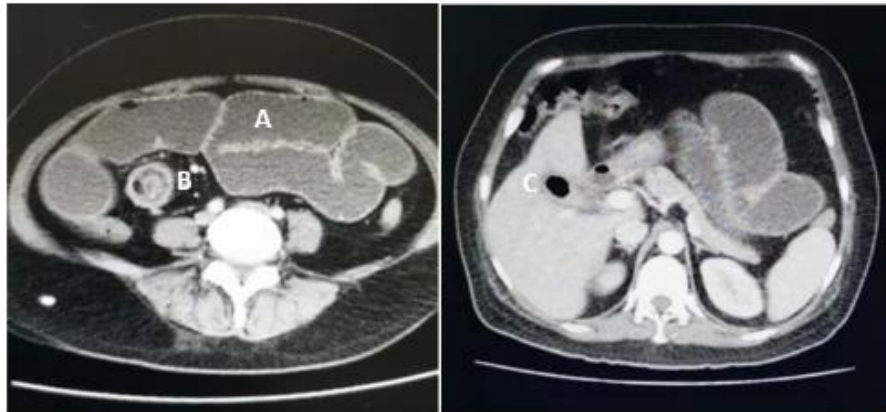
Para determinar el diagnóstico de Pancreatitis Aguda debemos tener almenos 02 de los siguientes criterios: dolor abdominal característico, niveles elevados de amilasa y / o lipasa sérica tres veces superior de sus valores normales o hallazgos imagenológicos de pancreatitis; tomando en consideración que, en las primeras 72 horas de haber admitido al paciente, si tenemos los dos primeros criterios, ya no será necesario estudios por imágenes para confirmar el diagnóstico. (11,12)

ILUSTRACIONES

- ✓ Figura 1. Radiografía de abdomen preoperatoria. A. Se evidencia signo de Pila de Monedas. B. Presencia de moderada dilatación de asas intestinales, niveles hidroaéreos y silencio radiológico en hemiabdomen inferior compatibles con Obstrucción Intestinal.



- ✓ Figura 2. Tomografía computarizada de abdomen con contraste. Ventana de abdomen. Corte axial. A. Se identifica Asas Intestinales dilatadas. B. Presencia de cálculo biliar ectópico en íleon. C. Se evidencia aire en la vesícula biliar (neumobilia). Variables que se encuentra en los criterios de Rigler para el diagnóstico de íleo biliar.



- ✓ Figura 3. Intervención quirúrgica. A. Laparotomía exploratoria con posterior ileotomía longitudinal y extracción de cálculo. B. Presencia de lito vesicular ectópico en íleon distal a 20 cm de válvula ileocecal de 5x3cm de diámetro que obstruye canal intraluminal



Bibliografía:

1. Al-Mudares S, Kurer M, Koshy RM, El-Menyar A. An Unusual Presentation of Gallstone Ileus: A Red-Herring or Missed Diagnosis. *Am J Case Rep* [Internet]. 2 de mayo de 2016 [citado 17 de junio de 2020];17:301-4. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4917066/>
2. Turner AR, Sharma B, Mukherjee S. Gallstone Ileus. En: *StatPearls* [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2020 [citado 18 de junio de 2020]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK430834/>
3. Ploneda-Valencia CF, Gallo-Morales M, Rinchon A. El íleo biliar: una revisión de la literatura médica [Internet]. <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>. 2017 [citado 17 de junio de 2020]. Disponible en: <http://www.revistagastroenterologiamexico.org/es-pdf-S0375090617300137>
4. Mandalia A, Wamsteker E-J, DiMagno MJ. Recent advances in understanding and managing acute pancreatitis. *F1000Research* [Internet]. 10 de enero de 2019 [citado 8 de julio de 2020];7. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6039949/>
5. James TW, Crockett SD. Management of Acute Pancreatitis in the First 72 hours. *Curr Opin Gastroenterol* [Internet]. septiembre de 2018 [citado 9 de julio de 2020];34(5):330-5. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6245573/>
6. Ploneda-Valencia CF, Gallo-Morales M, Rinchon C, Navarro-Muñiz E, Bautista-López CA, de la Cerda-Trujillo LF, et al. El íleo biliar: una revisión de la literatura médica. *Rev Gastroenterol México* [Internet]. julio de 2017 [citado 18 de junio de 2020];82(3):248-54. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0375090617300137>
7. Liu P, Wu M, Hsieh M, Suk F. Hepatobiliary and Pancreatic: Development from gallbladder stone to gallstone ileus: Hepatobiliary and Pancreatic: Development from gallbladder stone to gallstone

- ileus. *J Gastroenterol Hepatol* [Internet]. septiembre de 2017 [citado 19 de agosto de 2020];32(9):1539-1539. Disponible en: <http://doi.wiley.com/10.1111/jgh.13832>
8. Inukai K. Gallstone ileus: a review. *BMJ Open Gastroenterol* [Internet]. noviembre de 2019 [citado 19 de agosto de 2020];6(1):e000344. Disponible en: <http://bmjopengastro.bmj.com/lookup/doi/10.1136/bmjgast-2019-000344>
 9. Anwar SL, Handoko HP, Avanti WS, Choridah L. An emergency case of small bowel obstruction due to multiple gallstones in a limited resource setting. *Int J Surg Case Rep* [Internet]. 23 de septiembre de 2019 [citado 17 de junio de 2020];63:104-7. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6796705/>
 10. Habtezion A, Gukovskaya AS, Pandol SJ. Acute Pancreatitis: A Multifaceted Set of Organelle and Cellular Interactions. *Gastroenterology* [Internet]. mayo de 2019 [citado 19 de agosto de 2020];156(7):1941-50. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0016508519300551>
 11. Guidi M, Curvale C, Pasqua A, Hwang HJ, Pires H, Basso S, et al. Actualización en el manejo inicial de la pancreatitis aguda. :17.
 12. Petrov MS, Yadav D. Global epidemiology and holistic prevention of pancreatitis. *Nat Rev Gastroenterol Hepatol* [Internet]. marzo de 2019 [citado 19 de agosto de 2020];16(3):175-84. Disponible en: <http://www.nature.com/articles/s41575-018-0087-5>