

**UNIVERSIDAD PRIVADA ANTENOR ORREGO**  
**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA**  
**ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA**



**TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE MEDICO CIRUJANO**

**ÍLEO BILIAR, ASOCIADO A MICROPERFORACIONES Y EYUNOILEALES:  
REPORTE DE CASO**

**AUTORA: MERINO TORRES EMILIA STEPHANE**

**ASESOR: GARCÍA GUTIERREZ EDWIN LEONARDO**

**Trujillo – Perú**

**2020**

# **ÍLEO BILIAR, ASOCIADO A MICROPERFORACIONES YEYUNOILEALES:**

## **REPORTE DE CASO**

*Emilia Merino Torres<sup>1</sup>, Edwin García Gutierrez<sup>2</sup>*

<sup>1</sup> Bachiller en Medicina, Universidad Privada Antenor Orrego

<sup>2</sup> Cirujano General-Hospital Regional Docente de Trujillo

### **RESUMEN:**

**Introducción:** El íleo biliar es la impactación intraluminal del lito en el tracto gastrointestinal, producto de la existencia de una fístula bilioentérica, debido a una complicación de colelitiasis; provocando cuadro clínico de obstrucción intestinal. Siendo más frecuente en el sexo femenino y en personas mayores de 65 años con comorbilidades.

**Caso clínico:** Paciente varón de 65 años que presenta íleo biliar, con cuadro clínico de obstrucción intestinal, con una complicación rara como es el caso de las micro perforaciones yeyunales, por el cual recibió tratamiento quirúrgico con enterolitotomía sola, obteniendo resultados satisfactorios para el paciente y su alta hospitalaria.

**Conclusiones:** El íleo biliar es una enfermedad poco frecuente representa el 1 - 4% de obstrucción intestinal, siendo una complicación de litiasis vesicular extremadamente inusual. Las microperforaciones yeyunoileales son provocadas por el aumento de la presión intraluminal secundarias a la impactación del lito. El diagnóstico es difícil, siendo la TAC Abdominal el método diagnóstico de elección. El tratamiento es quirúrgico y va dirigido a resolver la obstrucción intestinal, siendo la técnica de elección la enterolitotomía sola.

**Palabras claves:** *íleo biliar, obstrucción intestinal, micro perforaciones.*

## **I. INTRODUCCIÓN:**

El íleo biliar es la impactación intraluminal de un lito a nivel del tracto gastrointestinal, siendo el sitio de presentación más frecuente el íleon; se debe a una fístula, entre la vía biliar y el tracto gastrointestinal con mayor predominio hacia el duodeno, por complicación de coledocitis.(1)

El íleo biliar es considerado una patología rara representando aproximadamente entre 1 a 4% de los casos de obstrucción intestinal (2) con mayor predisposición en personas del sexo femenino, con comorbilidades, tales como enfermedades cardiovasculares, diabetes mellitus, ubicándose la mayor incidencia en mayores de 65 años.(3)

Las principales manifestaciones clínicas de íleo biliar son: distensión abdominal, náuseas, vómitos y constipación.(4)

El diagnóstico es difícil, siendo el primer examen de imagen la radiografía simple de abdomen, ultrasonografía abdominal; también se recurre a la tomografía abdominal en el que se puede llegar a visualizar mejor la presencia de la triada de Rigler que consiste en aerobilia, distensión de asas intestinales y lito ectópico, confirmando el diagnóstico. El tratamiento es quirúrgico, siendo el principal objetivo la resolución intestinal; existen tres técnicas, tales como, la enterolitotomía sola, la cirugía de un tiempo en el que se realiza la enterolitotomía, colecistectomía y reparación de fístula bilioentérica, por último, la cirugía de dos tiempos en donde primero se realiza la enterolitotomía y de forma selectiva la colecistectomía y reparación de fístula bilioentérica. (5)(6)

## II. REPORTE DE CASO

Paciente varón de 65 años de edad, con antecedente de litiasis vesicular, quien 16 horas antes del ingreso, presentó distensión abdominal asociado a dolor abdominal en el cuadrante inferior izquierdo, tipo cólico de intensidad 9/10, acompañado de náuseas por lo que acudió a un Hospital Nivel II donde le colocan sonda nasogástrica, extrayéndole contenido alimentario de color verdoso de aproximadamente 500 ml, se le dio analgésicos, no cediendo el dolor por lo que es referido a Hospital Nivel III; al examen físico se encontró: mal estado general, deshidratado, a nivel abdominal: escasos ruidos hidroaéreos, hipertimpanismo y reacción peritoneal.

Los signos vitales fueron PA. 110/80 mmHg, FC: 80 lpm, FR: 37 rpm, SatO<sub>2</sub> 98%. Los análisis de sangre fueron Hto: 41.3%, Hemograma 15450, urea 48 mg/dl, creatinina 0.8 mg/dl, glucosa 143 mg/dl, amilasa 89 U/l INR: 1.87.

La ecografía concluyó: vesícula aparentemente contraída ecogénica, meteorismo gastrointestinal incrementado, segmentos intestinales distendidos.

La radiografía simple de abdomen demostró: dilatación de asas intestinales, niveles hidroaéreos y aerobilia.

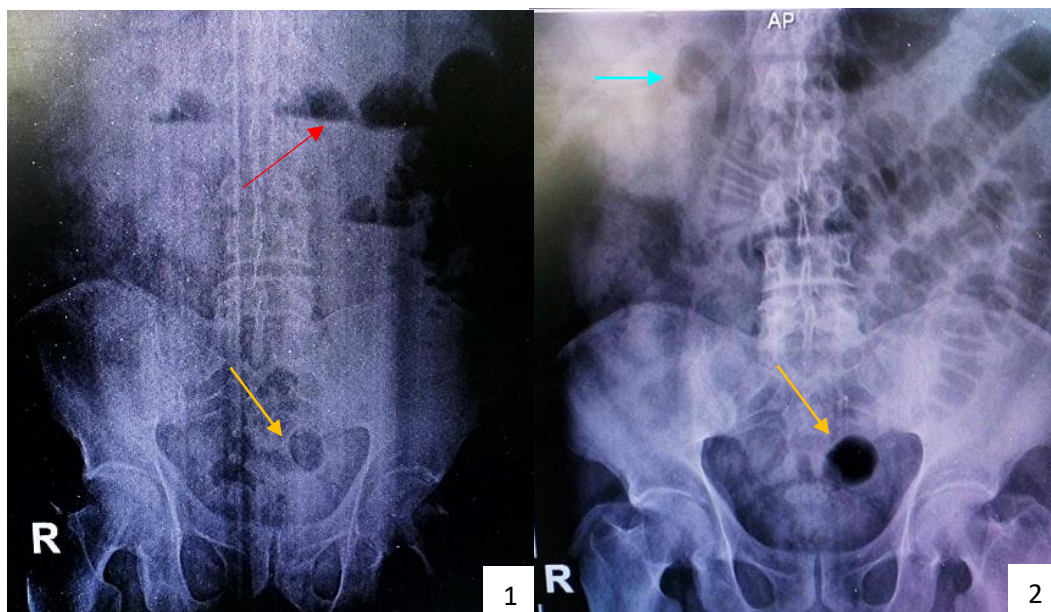
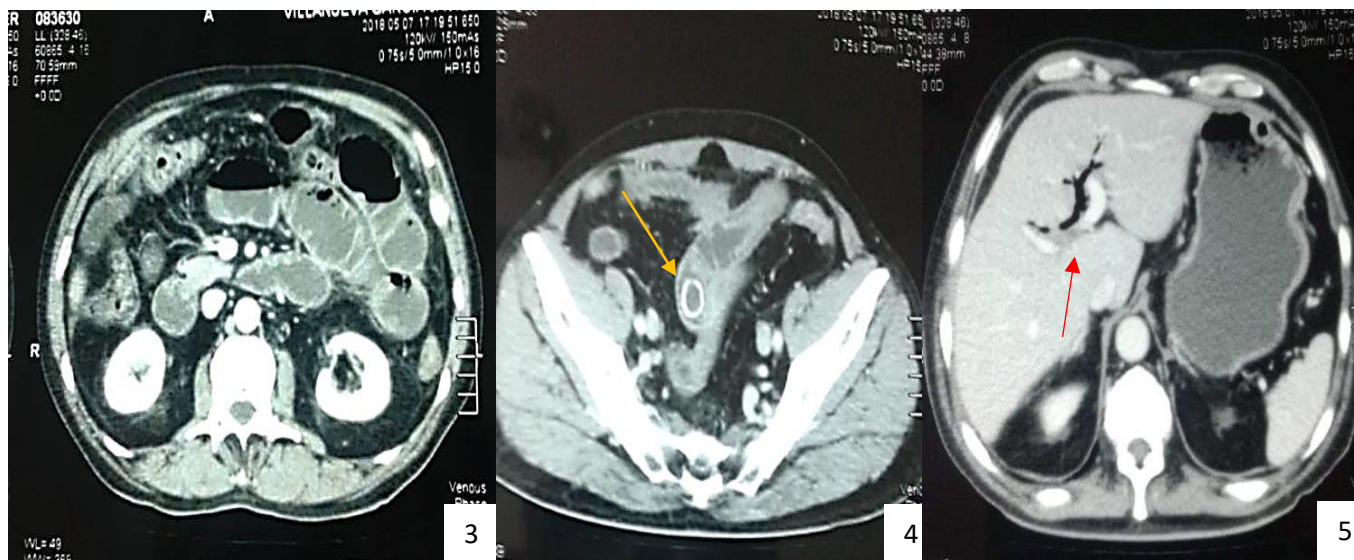


FIGURA 1. Radiografía abdominal de pie: Presencia de niveles hidroaéreos, lito ectópico.

FIGURA 2. Radiografía abdominal en decúbito: Presencia de aerobilia, lito ectópico.

La TAC abdominal con contraste demostró aerobilia, vesícula biliar colapsada con comunicación duodenal y litiasis en íleon distal.



TAC ABDOMINAL CON CONTRASTE

FIGURA 3. Presencia de niveles hidroaéreos

FIGURA 4. Presencia de Lito ectópico a nivel de íleon distal.

FIGURA 5. Presencia de Aerobilia.

Dentro del nosocomio se hace cambio de sonda nasogástrica, se da cobertura antibiótica y se procede a colocar sonda Foley para control de diuresis; el paciente fue llevado a laparotomía exploratoria de emergencia, dentro del perioperatorio se encontró periapendicitis, fístula colecistoduodenal, 1 lito ovalado de 3 x 2.5 x 2.5 cm de diámetro, con un extremo facetado, a nivel de íleon a 2.5 metros de la válvula ileocecal; y absceso interasas a 3 metros de distancia de la válvula ileocecal con un volumen de 30 cc, no mal olor; cuando se procedió a liberar las asas intestinales se evidenció la presencia de 3 perforaciones menor de 1 mm de diámetro aproximadamente a nivel de yeyuno a 3.00, 3.10 y 3.15 metros respectivamente de la válvula ileocecal; se tomó como punto de referencia a la división entre yeyuno e íleon a 3 metros de distancia de la válvula ileocecal; al ordenamiento se evidenció escasa salida de gas y contenido intestinal por estas microperforaciones yeyunales.



FIGURA 6. Localización de Lito a nivel ileal.

Se realizó revisión más lavado de la cavidad peritoneal, drenaje de absceso interasas a 3 m de válvula ileocecal, apendicectomía abierta más enterotomía ileal y extracción de lito con reparación primaria en dos planos de enterotomía ileal a 2.5 metros de la válvula ileocecal y reparación primaria en dos planos de perforaciones yeyunales las cuales se ubicaron a 3.00, 3.10, 3.15 metros de la válvula ileocecal respectivamente.



FIGURA 7. Extracción de Lito.

No se realizó reparación de fístula colecistoduodenal, ni colecistectomía.

El diagnóstico postoperatorio fue Obstrucción intestinal por íleo biliar, absceso interasas mas microperforaciones yeyunoileales.

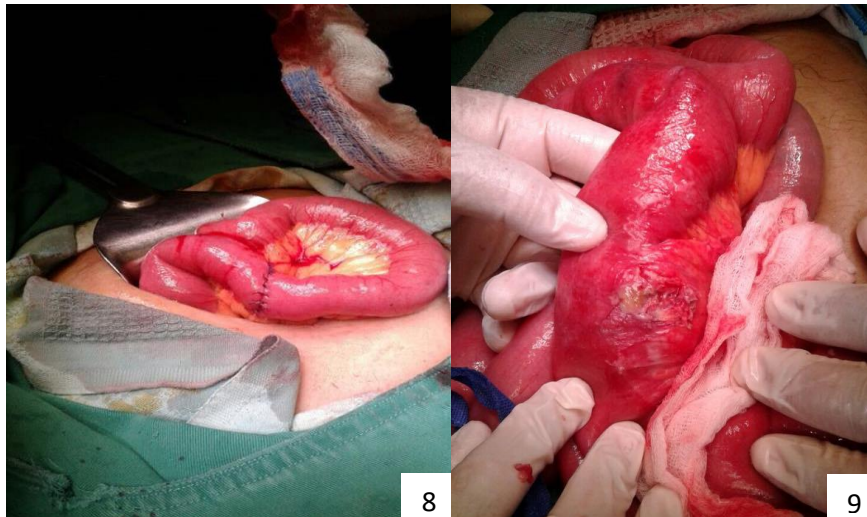


FIGURA 8. Cierre de enterotomía

FIGURA 9. Microperforaciones yeyunales

Permaneció 4 días hospitalizado con hidratación endovenosa, se inició vía oral al segundo día con dieta líquida, seguido de dieta blanda, y al cuarto día es dado de alta con franca mejoría. En sus controles post operatorio por consultorio externo presentó adecuada evolución sin eventos adversos.

### III. DISCUSIÓN:

El íleo biliar es una patología rara, siendo el 0.3-0.5% una complicación de litiasis vesicular, representando el 1-4% de casos de obstrucción de tipo mecánico de intestino delgado, presentándose con más frecuencia en mujeres, a diferencia de nuestro caso que se presentó en un varón; en pacientes mayores de 65 años la incidencia aumenta en un 25%. (2)(7)

Con respecto a su fisiopatología, el paso del lito biliar hacia el lumen intestinal se hace mediante una fístula, producto de episodios recurrentes de colecistitis; originando inflamación, erosión de la mucosa en la pared del fondo vesicular y adherencias, debido a la proximidad de ambas estructuras; siendo la fístula más frecuente, entre la vesícula y el duodeno en el 85% de casos; también puede presentarse fístulas hacia yeyuno, estómago, colon, abarcando el 15%. Lo atípico de este caso fue encontrar la presencia de microperforaciones yeyunoileales, considerada una complicación muy excepcional de íleo biliar, reportándose sólo 10 casos en la literatura; se postula que el posible mecanismo podría deberse al paso del lito por el intestino delgado debido al fenómeno de Tumbling que ocasiona obstrucción intestinal intermitentemente, dando como resultado en el paciente la impactación del lito a nivel del íleon; siendo éste el sitio más frecuente de obstrucción, debido al pequeño diámetro de su luz intestinal y a la disminución del peristaltismo a este nivel; esto sucede cuando el lito es mayor a 2 cm. Por lo tanto, el lito de 3 cm hallado en este paciente provocó obstrucción intestinal a nivel de íleon a 2.5 metros de válvula ileocecal, produciendo dilatación en su extremo proximal y colapso en el extremo distal; provocando aumento de la presión intraluminal, creando a su paso áreas isquémicas con posterior necrosis y perforación de la pared intestinal. La perforación se efectúa en el sitio de impactación o en sitios previos a la obstrucción, en este caso a nivel de yeyuno.(8–10)

Por lo tanto, el cuadro clínico también se relaciona al fenómeno de Tumbling ocasionando en estos pacientes tres formas de presentación: aguda, la más habitual, que es de instauración rápida la distensión abdominal, vómitos y

constipación; subaguda en el cual se observa obstrucción intestinal parcial y crónica que cursa con dolor abdominal intermitente, producto del paso de lito biliar a través de las asas intestinales conocido como Síndrome de Karewsky. (11)

Resulta imprescindible para la confirmación de esta patología la obtención de hallazgos a través de exámenes de imágenes, tales como la radiografía, ecografía, y tomografía abdominal con contraste; siendo esta última el método diagnóstico de elección, con una sensibilidad del 93%, especificidad del 100%, y precisión diagnóstica del 99% para íleo biliar; mediante la observación de la dilatación de las asas intestinales, aerobilia, así como también la calcificación que presentó el lito ectópico a nivel de asas intestinales; este conjunto de signos radiológicos conforman la triada de Rigler, patognomónica de íleo biliar; presente en el 15% de Radiografía abdominal y en el 80% de Tomografía abdominal. A pesar de ello, el correcto diagnóstico previo a la intervención quirúrgica suele ser inferior al 50%. (12) (13)

El manejo médico de íleo biliar es la correcta reanimación hidroelectrolítica. Sin embargo, el tratamiento de elección es quirúrgico, tomando con prioridad la resolución del cuadro obstructivo; por lo que existen tres técnicas quirúrgicas siendo la más utilizada y aplicada al caso clínico, la enterotomía sola, por su baja tasa de mortalidad del 11.7% y recurrencia del 5%; entre los enfoques alternativos tenemos a la cirugía de una etapa, en el que se realiza enterotomía, colecistectomía y reparación de fístula bilioentérica y por último la cirugía de dos etapas en el que se realiza primero la enterotomía, y posteriormente la colecistectomía con reparación de la fístula bilioentérica. No obstante, el tratamiento de íleo biliar debe ser individualizado de acuerdo a las condiciones generales del paciente.(14) (15)



#### IV. CONCLUSIONES:

- El íleo biliar es una patología poco frecuente que representa el 1-4% de obstrucción intestinal siendo una complicación de litiasis vesicular extremadamente inusual; con predisposición al sexo femenino e incidencia a la edad de 65 años.
- Se postula que la presencia de microperforaciones yeyunales se debe al aumento de la presión intraluminal, creando áreas de isquemia, necrosis y perforación, secundaria a la obstrucción intestinal por impactación del lito biliar.
- Este caso sustenta lo difícil que puede llegar a ser el diagnóstico de íleo biliar, siendo la tomografía abdominal el método diagnóstico de elección.
- El tratamiento es quirúrgico, y va dirigido a resolver la obstrucción intestinal, siendo la enterotomía sola la técnica de elección debido a la baja recurrencia de íleo biliar en un 5%. Sin embargo, la técnica quirúrgica debe individualizarse a cada paciente y debe estar sujeto a evaluación del cirujano.

## V. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1. Ramírez-Chacón J. Íleo Biliar Y Fistula Bilioentérica. Revista Médica De Costa Rica Y Centroamerica Lxx (605) 155-158, 2013(4).
2. San Juan-Lopez C., Barrientos-Delgado A., Lázaro-Sáez M., Hallouch-Toutouh S., Práxedes-González E., Moreno J., et al. Íleo biliar, causa poco frecuente de obstrucción intestinal. RAPD ONLINE. octubre de 2017;40(5).
3. García-Marín A, Pérez-López M, Pérez-Bru S, Compañ-Rosique A. Íleo biliar, causa poco frecuente de obstrucción intestinal. Rev Gastroenterol México. 1 de julio de 2014;79(3):211-3.
4. Hirosawa-Oishi DT, Rosas-Salas DCV, Kimura-Fujikami DY, Velasco-Ospina DC. Obstrucción intestinal secundaria a íleo biliar. Rev Gastroenterol Mex. 2002;67:4.
5. Motta-Ramírez G, González-Burgos O, Kirsch J, Íleo biliar: Lo que el Radiólogo debe saber, Anales de Radiología México 2007;1:43-50.
6. Castillo MB, Belmontes JCP. Íleo biliar, una causa infrecuente de oclusión intestinal. Rev Fac Med UNAM. 2015;58(1):7.
7. Beuran M, Ivanov I, Venter MD, Davila C. Gallstone Ileus – Clinical and therapeutic aspects. 2010;3(4):7.
8. 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. julio de 2017;82(3):248-54.
9. Ramírez Chacón J, Miranda Castañeda MC, Boza Mora JA. Íleo biliar, resolución quirúrgica en un solo tiempo: Evolución post-operatoria. Reporte de caso. Rev Médica Univ Costa Rica. octubre de 2017;11(2).
10. Browning LE, Taylor JD, Clark SK, Karanjia ND. Jejunal perforation in gallstone ileus – a case series. J Med Case Reports [Internet]. diciembre de 2007 [citado 11 de agosto de 2020];1(1). Disponible en: <http://jmedicalcasereports.biomedcentral.com/articles/10.1186/1752-1947-1-157>
11. Toral-Chan AI, Palacios-Padrón A, Vázquez-Hernández R. Íleo biliar: un reto diagnóstico y terapéutico. Rev Hosp Jua Mex. 2019;86(2):92-4.
12. Kreve F, Takada J, Gatto J, Loss FS, Artifon ELA. Biliary ileus: case report. Rev Gastroenterol Peru. 2017;37(2):173-6.
13. Hayes N, Saha S. Recurrent Gallstone Ileus. Clin Med Res. noviembre de 2012;10(4):236-9.
14. Sánchez-Pérez EA, Álvarez-Álvarez S, Madrigal-Téllez MA, Gutiérrez-Uvalle GE, Ramírez-Velásquez JE, Hurtado-López LM. Íleo biliar, experiencia en el

Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga. Cir Cir. marzo de 2017;85(2):114-20.

15. Lee C-H, Yin W-Y, Chen J-H. Gallstone Ileus With Jejunum Perforation Managed With Laparoscopic-Assisted Surgery: Rare Case Report and Minimal Invasive Management. Int Surg. mayo de 2015;100(5):878-81.