

OBSTRUCCIÓN COLÓNICA A CAUSA DE ÍLEO BILIAR

COLONIC OBSTRUCTION SECONDARY TO GALLSTONE ILEUS

Frutos Muñoz, Laura; Arroyo Argüelles, José María; De Vicente Ortega, Alicia; Romero Moreno, Sarai

Hospital Universitario de Jaén. Jaén, España

Recibido: 14/09/2020 | Revisado: 30/10/2020 | Aceptado: 23/03/2021

DOI: 10.15568/am.2021.813.cc04

Actual Med. 2021; 106(813): 210-214

Caso Clínico

RESUMEN

El íleo biliar es una complicación poco frecuente de la litiasis biliar, causada por la formación de fístulas entre la pared vesicular y el tubo digestivo que conlleva a una obstrucción intestinal. El tratamiento debe individualizarse en función de las características del paciente. Aunque existen otras opciones terapéuticas la cirugía es el tratamiento de elección en la mayoría de los casos. Presentamos el caso de íleo biliar impactado en colon sigmoide en una paciente de 85 años con múltiples comorbilidades. La paciente se intervino de forma urgente a través de una laparotomía infra-umbilical realizando enteromía sobre tenia, extracción del cálculo y exteriorización de colostomía en cañón de escopeta. El resultado final fue de *exitus letalis*. A propósito del caso se lleva a cabo una revisión de la literatura.

Palabras clave:

Ileo biliar sigmoide;
Litiasis biliar;
Obstrucción intestinal.

ABSTRACT

Gallstone ileus is a rare complication of biliary lithiasis that occurs by the formation of some fistula (or fistulas) between the vesicular wall and the gastrointestinal tract, which could lead to intestinal obstruction. The treatment should be individualized according to the characteristics of the patient. Although there are other therapeutic options, surgery is the most appropriate treatment in most of the cases. We present the case of an impacted gallstone ileus in the sigmoid colon of 85-year-old patient with multiple comorbidities. The patient was operated urgently through an infra-umbilical laparotomy performing enterotomy on tapeworm, extraction of the calculus and exteriorization of colostomy in shotgun barrel. The final result was death. A review of the literature is carried out on the case.

Keywords:

Cholelithiasis;
Gallstone ileus;
Sigmoid colon;
Obstruction.

INTRODUCCIÓN

El íleo biliar es una complicación poco frecuente de la litiasis biliar que produce una oclusión intestinal mecánica. La litiasis crónica causa una erosión de la pared de la vesícula biliar y da lugar a la formación de fístulas enterovesicales, pasando así los cálculos al aparato digestivo (1-5).

En la mayoría de los casos se describe una impacción del cálculo en intestino delgado. Debido a los pocos casos de impacción del cálculo en colon sigmoideo el abordaje de esta patología es controvertido. Por otro lado, con el envejecimiento progresivo de la población, grupo que asocia habitualmente múltiples

comorbilidades, y el aumento en la frecuencia de la litiasis biliar, esta entidad tiene una alta morbi-mortalidad adquiriendo la elección del tratamiento más apropiado una importancia crucial (6-8).

CASO CLÍNICO

Mujer de 85 años que consulta en el servicio de urgencias por dolor y distensión abdominal de 10 días de evolución, acompañado de náuseas y anorexia. Una deposición el día previo. Antecedentes de cardiopatía isquémica con revascularización percutánea de dos vasos, nefrectomía parcial derecha por

Correspondencia

Laura Frutos Muñoz

Hospital Universitario de Jaén.

Avenida del Ejército nº10 · 23007 Jaén

E-mail: laurafrumun@gmail.com

tuberculosis renal y Diabetes Mellitus tipo II. Se encuentra en tratamiento domiciliario con clopidogrel, ácido acetilsalicílico, atorvastatina, parches de nitroglicerina, carvedilol, amlodipino y metformina / sitagliptina.

A la exploración está afebril con constantes normales. Abdomen depresible, dolor difuso a la palpación con timpanismo a la percusión, sin signos de irritación peritoneal. Al tacto rectal presenta restos de heces. El análisis de sangre revela: neutrofilia y PCR de 78,7 mg/L. Función renal conservada. La radiografía simple de abdomen mostró gran dilatación de colon ascendente, transverso y descendente con incompetencia de la válvula ileocecal. Ante los resultados se solicita TAC abdominal, que se realiza sin contraste intravenoso, evidenciando aerobilia, y colon dilatado con neumatosis en su interior, apreciándose un cambio de calibre a nivel de colon sigmoide con presencia

de divertículos, identificándose en su interior imagen ovalada de densidad calcio de 4,5x2,5 centímetros (Figura 1 y 2).

Durante su estancia hospitalaria la paciente presentó empeoramiento, deterioro de la función renal, aumento de dolor y distensión abdominal. Tras esto se optó por realizar intervención quirúrgica urgente. Se lleva a cabo una laparotomía infra-umbilical y se realiza enteromía sobre tenia, extracción del cálculo y exteriorización de colostomía en cañón de escopeta (Figura 3). La vesícula biliar se deja intacta.

Durante el postoperatorio inmediato se encuentra hemodinámicamente inestable precisando perfusión de drogas vasoactivas y conexión a ventilación mecánica. Se traslada a UCI donde finalmente es *exitus letalis* el día 8 del postoperatorio al no superar el cuadro de shock séptico.



Figura 1. Corte axial de Tomografía Computarizada con cálculo impactado en sigma



Figura 2. Corte sagital de Tomografía Computarizada con cálculo impactado en sigma.

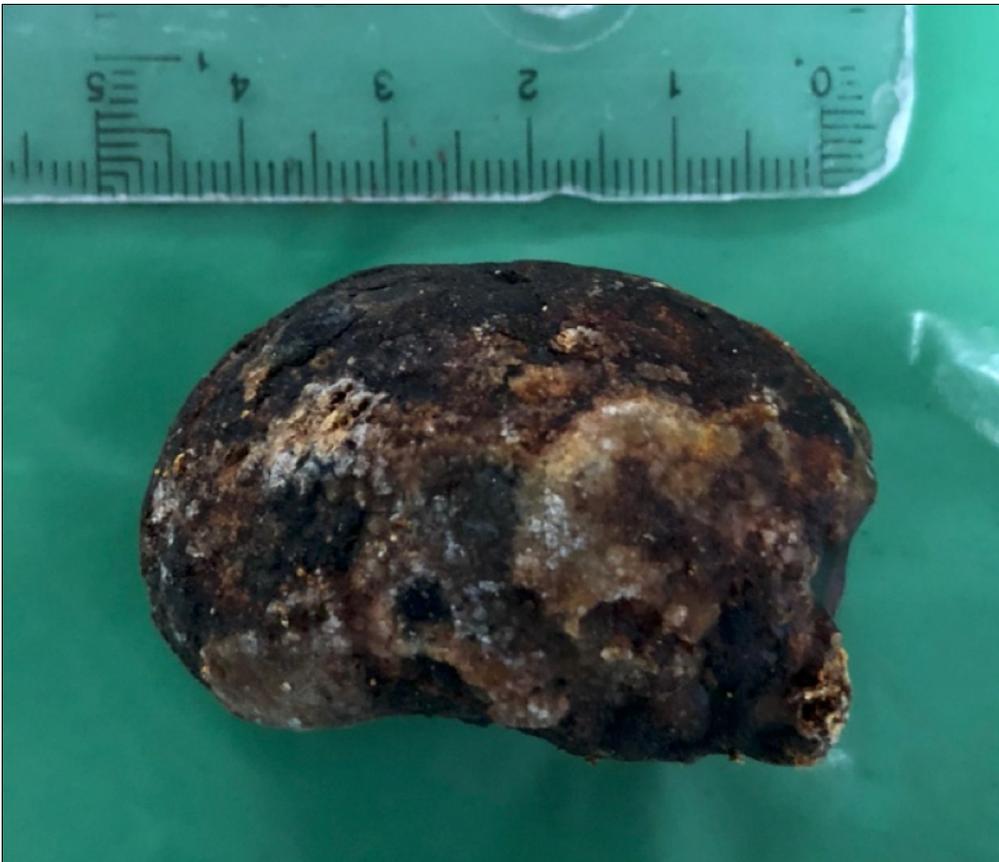


Figura 3. Cálculo biliar extraído de colon sigmoideo.

DISCUSIÓN

El íleo biliar tiene una incidencia de 0,3- 0,5% sobre todos los pacientes con litiasis biliares y es la causa principal de obstrucción intestinal en menos del 0,1% de los casos (1-3). Se observa con mayor frecuencia en mujeres por encima de 60 años con una proporción 9:1 respecto a hombres (3).

Se han identificado diversos factores de riesgo para la impactación del cálculo: litiasis mayor a 2,5 cm, válvula ileocecal competente y enfermedad coexistente como malignidad, estenosis, osteoporosis, divertículos, etc (3).

El íleon terminal es el sitio de obstrucción más frecuente, concretamente, a nivel de la válvula ileocecal (60-70%). Se denomina Síndrome de Bouveret a la migración proximal del cálculo causando obstrucción de la salida gástrica. El yeyuno es el sitio de obstrucción en el 15-20% de los casos siendo la obstrucción de colon excepcional, representando el 2-8% de ellos (2). En los casos de obstrucción colónica, como es el caso que nos ocupa, la causa de paso de la litiasis a intestino grueso es la fístula colecisto-cólica.

La impactación del cálculo biliar en sigma casi siempre se asocia con enfermedad colónica previa, generalmente, diverticulosis.

Aunque la radiografía simple puede ayudar en el diagnóstico es importante realizar un escáner de abdomen, siendo la TAC la prueba definitiva, con una sensibilidad del 93% y especificidad del 100%. En ella podemos identificar la triada de Rigler que incluye aerobilia, cálculo biliar ectópico y signos de obstrucción intestinal (4-7).

El tratamiento definitivo del íleo biliar colónico generalmente requiere cirugía, bien enterolitotomía sola con cierre primario, la realización de una colostomía terminal con o sin resección de colon, formación de una colostomía en asa, progresión de la litiasis hasta la ampolla o bien llevar retrógradamente la litiasis hasta ciego y practicar una apendicetomía modificada, este último corre el riesgo de dañar el intestino. Cuando la anestesia general está contraindicada y se requiere un tiempo de intervención corto la colostomía en asa parece ser la opción más segura (3).

Existe debate entre realizar una enterolitotomía simple o combinar esto con tratamiento definitivo mediante colecistectomía y cierre de la fístula en el mismo procedimiento. Con el segundo se evitarían las recurrencias de íleo biliar y previene episodios de colecistitis, colangitis y carcinoma de vesícula. Sin embargo, la mortalidad descrita en la cirugía combinada es superior que en la descrita en la enterolitotomía simple (3-7).

En determinados casos, especialmente pacientes frágiles con múltiples comorbilidades, algunos autores han descrito técnicas menos invasivas como extracción del cálculo mediante colonoscopia u otras opciones de manejo como litotricia mecánica, endoscópica o dilatación con balón en casos de estenosis. Estas medidas han arrojado resultados variables, existiendo riesgo de perforación intestinal; dependen del tamaño y localización de la litiasis, así como la experiencia (1,2).

El íleo biliar es una patología poco frecuente que requiere intervención quirúrgica para extracción del cálculo y oclusión intestinal. Parece claro que en caso de pacientes frágiles con enfermedades concomitantes se debe intentar como primera opción, siempre que la situación clínica lo permita, el tratamiento menos invasivo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Farkas N, Karthigan R, Lewis T, Read J, Farhat S, Zaidi A, West N. A single centre cases series of gallstone sigmoid ileus management. *Int J Surg Case Rep.* 2017; 40: 58- 62. DOI: 10.1016/j.ijscr.2017.09.009
2. Mazine K, Barsotti P, Elbouhaddouti H, Taleb KA. Iléus biliaire colique: une cause rare d'occlusion colique. *Pan Afr Med.* 2017; 27: 187. DOI: 10.11604/pamj.2017.27.187.12238
3. O'Brien J, Webb LA, Evans L, Speakman C, Shaikh I. Gallstone ileus caused by cholecystocolonic fistula and gallstone impaction in the sigmoid colon: Review of the literature and novel surgical treatment with trephine loop colostomy. *Case Rep Gastroenterol.* 2017; 11:95-102. DOI: 10.1159/000456656
4. Marenco- de la Cuadra B, López-Ruiz JA, Tallón- Aguilar L, López Pérez J, Oliva-Mompeán F. Colonic gallstone ileus. A rare cause of intestinal obstruction. *Cirugía y cirujanos.* 2017; 85(5): 440- 443. DOI: 10.1016/j.cir-cir.2016.05.016
5. Brandariz-Gil L, Fernández -de-Miguel T, Perea J. Rigler triad in gallstone ileus. *Rev. esp. enferm. Dig.* 2016; 108(9):581-582.
6. Costantini R, Massimini F, Fiordaliso M, Cotroneo AR, Innocenti P, Glamberardino MA. Gallstone ileus of the sigmoid colon: A rare complication of gallbladder calculus typical of advanced age. Report of a case. *J Gerontol Geriatr Res.* 2016, 5:3. DOI: 10.4172/2167-7182.1000313
7. Martín- Pérez J, Delgado- Plasencia L, Bravo- Gutiérrez A, Lorenzo- Rocha N, Burillo- Putze G, Medina- Arana V. Enterolithotomy and early cholecystectomy, an application of damage control surgery for patients with gallsto-

ne ileus. Cirugía y cirujanos. 2015; 83 (2): 156- 160. DOI: 10.1016/j.circen.2015.08.013

8. Osman N, Subar D, Loh MY, Goscimski A. Case report. Gallstone ileus of the sigmoid colon: An unusual cause of large-bowel obstruction. HPB Surg. 2010; 2010: 153740. DOI: 10.1155/2010/153740

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores/as de este artículo declaran no tener ningún tipo de conflicto de intereses respecto a lo expuesto en el presente trabajo.

Si desea citar nuestro artículo:

Frutos Muñoz L, Arroyo Argüelles JM, De Vicente Ortega A, Romero Moreno S. Obstrucción colónica a causa de íleo biliar. Actual Med. 2021; 106(813): 210-214. DOI: 10.15568/am.2021.813.cc04