

# Ileo biliar

Dres Roberto Fillizzola <sup>1</sup>, Castor Samaniego <sup>2</sup>, Jorge Flores <sup>3</sup>, Carlos Román <sup>3</sup>,  
Roberto López <sup>3</sup>, Carlos Raúl Wattiez <sup>1</sup>, Ana Bordón <sup>1</sup>

## Resumen

Se presentan tres casos de íleo biliar diagnosticados y tratados en el Servicio de Cirugía de la Primera Cátedra de Clínica Quirúrgica, en el período comprendido entre diciembre de 1976 a agosto de 1997, sobre un total de 3.695 pacientes portadores de litiasis biliar. Se practicó enterolitomía en dos pacientes, uno de ellos sobrevive sin inconvenientes; el otro, sometido seis meses más tarde a derivación biliodigestiva, falleció 14 años después por complicaciones sépticas de un absceso hepático. Un tercer paciente recibió como tratamiento enterolitomía con corrección de la fístula, falleciendo ocho días después por tromboembolismo pulmonar. Se hace hincapié en el diagnóstico y tratamiento oportuno. Se discute finalmente la aplicabilidad de diferentes opciones terapéuticas.

**Palabras clave:** Íleo biliar  
Fístula biliar  
Fístula del sistema digestivo  
Litiasis vesicular

## Summary

The authors present three cases of biliar ileus diagnosed and treated at the Servicio de Cirugía at the Primera Cátedra de Clínica

Quirúrgica between December 1976 and August 1997, over a total of 3695 patients with biliar lithiasis. Enterolitomy was performed in two patients; one of them is alive and well; the other, who underwent biliodigestive derivation six months later, died 14 years later due to septic complications of an hepatic abscess, and the third underwent enterolitomy with fistula correction, dying eight days later due to pulmonary tromboembolism. Emphasis is made on diagnosis and timely treatment. Finally applicability of different therapeutical options is discussed.

## Introducción

La primera descripción del íleo biliar fue hecha por Bartholín en 1645 en el curso de una autopsia, y ya en 1890 Courvouisier publicó una serie de 131 casos.

El íleo biliar es una complicación excepcional de la litiasis biliar, que se presenta como un cuadro de obstrucción intestinal <sup>(1)</sup>.

Se debe a la existencia de una comunicación anormal entre la vía biliar y el tubo digestivo, siendo la más frecuente, la fístula colecistoduodenal, cuya formación pasa generalmente inadvertida, interpretándose el cuadro como cólico biliar o episodio de colecistitis aguda. Otras veces puede cursar con melenas.

Para producirse la fístula biliodigestiva un cálculo erosiona la pared de la vesícula y del tubo digestivo. Un proceso inflamatorio previo, con reducción del flujo arterial en la pared vesicular, disminución del drenaje venoso y linfático, junto con el aumento de la presión intraluminal en la vesícula, determinan la perforación

1. Instructor.

2. Profesor Adjunto.

3. Residente.

Trabajo de la Primera cátedra de Clínica Quirúrgica, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Asunción, Paraguay. Presentado a la revista Cirugía del Uruguay en marzo de 1998.

**Correspondencia:** Dr. R. Fillizzola. Hospital de Clínicas. Avda. Dr. Montero 658. Asunción. Paraguay.

con fistulización y ulterior evacuación del cálculo hacia el tubo digestivo.

El diagnóstico en la mayoría de los casos es intraoperatorio, planteándose la cuestión de efectuar en forma simultánea o diferida el tratamiento de la obstrucción intestinal y de la fístula biliodigestiva, en un paciente de edad generalmente avanzada y con importante afectación del estado general. La mortalidad es elevada, independientemente del tratamiento simultáneo o diferido<sup>(2)</sup>.

Estos aspectos nos han llevado a realizar una revisión de los casos atendidos en nuestro Servicio, donde la enfermedad biliar es predominante, junto a una revisión bibliográfica a fin de alcanzar un acabado conocimiento de la patología, que permita realizar diagnóstico y terapéutica precoces y acertados.

## Material y método

Se ha efectuado una revisión de los casos de patología biliar diagnosticados y tratados en el Servicio de la Primera Cátedra de Clínica Quirúrgica del Hospital de Clínicas de la Universidad Nacional de Asunción durante el período de diciembre de 1976 a agosto de 1997.

En este lapso fueron tratados 3.695 casos de litiasis biliar, 16 con fístulas biliodigestivas y tres con íleo biliar: estos últimos han sido seleccionados para el estudio.

Los pacientes fueron sometidos a laparotomía exploradora de urgencia, confirmándose el íleo biliar a expensas de fístulas colecistoduodenales. En los tres casos se trató la obstrucción intestinal, y en uno de ellos se hizo el tratamiento simultáneo de la fístula biliodigestiva.

Se evaluaron edad, sexo, cuadro clínico, tiempo transcurrido desde el inicio de los síntomas, tiempo transcurrido hasta la intervención, hallazgo y técnica quirúrgica, evolución posoperatoria, complicaciones y mortalidad.

## Resultados

La incidencia de íleo biliar en la serie analizada es de 0,06%.

Las tres pacientes fueron del sexo femenino con 45, 76 y 94 años respectivamente. El tiem-

po transcurrido desde el inicio de los síntomas hasta el ingreso hospitalario fue de 3 a 10 días.

Todas las pacientes presentaron un cuadro clínico de obstrucción intestinal: vómitos, distensión abdominal, detención de heces y gases. Dos de ellas cursaron con dolor abdominal por crisis de inicio insidioso y curso progresivo, mientras que la tercera, la más anciana, no presentó dolor. La exploración física constató timpanismo y ruidos hidroaéreos alterados (retín metálico). No se observó ictericia.

En la radiografía simple de abdomen los hallazgos fueron los habituales en una obstrucción intestinal: asas delgadas dilatadas, niveles hidroaéreos, ausencia de sombra colónica; además en un caso pudo constatarse una imagen radioopaca de 3 cm aproximadamente de diámetro, localizada en fosa ilíaca derecha, compatible con un cálculo. En ningún caso hubo aerobilia.

Los análisis de laboratorio mostraron leucocitosis con neutrofilia y alteraciones electrolíticas en todas las pacientes, además una de ellas ingresó en coma cetoacidótico (presentaba 620 mg/dl de glicemia).

Las tres pacientes fueron admitidas en el Servicio de Urgencias. Una de las pacientes ingresó con diagnóstico de coma cetoacidótico: sin antecedentes de síntomas biliares ni diabetes, fue intervenida quirúrgicamente 24 horas después. La más joven de las pacientes ingresó con diagnóstico de oclusión intestinal, fue intervenida tres horas más tarde. El diagnóstico preoperatorio de íleo biliar fue realizado en la paciente más anciana, de 94 años, que presentaba en la radiografía simple una imagen compatible con cálculo en fosa ilíaca derecha. Fue operada seis horas después.

Los cálculos extraídos de la luz intestinal en el acto operatorio tenían entre 0,5 y 6 cm; en un caso, único y en los restantes, múltiples (4 y 10 respectivamente).

El sitio de obstrucción fue el íleon terminal en todos los casos. En uno de ellos se realizó enterotomía y extracción del cálculo, con muy buena evolución: la paciente fue dada de alta al octavo día del posoperatorio, y al cabo de seis meses fue sometida a una derivación biliodigestiva colédoco-yeyunal, falleciendo 14 años

más tarde por complicaciones sépticas de un absceso hepático.

En otra enferma fue preciso realizar resección intestinal en cuña, por compromiso de la vitalidad del asa ileal y extracción de los cálculos. Al mismo tiempo se trató la fístula mediante colecistectomía parcial y cierre de la brecha duodenal; presentó neumonía intrahospitalaria como complicación en el posoperatorio, falleciendo al séptimo día por embolia pulmonar.

En la última paciente, la más anciana, se practicó solamente enterotomía y extracción de cálculos, fue dada de alta al octavo día de posoperatorio sin complicaciones hasta el momento.

## Discusión

El íleo biliar es una rara complicación de la litiasis biliar: en nuestra revisión constituye apenas 0,06%, coincidiendo con las cifras descritas en la literatura <sup>(3)</sup>.

Se presenta predominantemente en mujeres, situación que se puede atribuir a la predominancia en este sexo de la enfermedad biliar. Los tres pacientes presentados son del sexo femenino, llegando esta proporción según algunas series a 70–100% <sup>(1)</sup>.

Se trata de una entidad nosológica rara, representando 1–6% de todos los cuadros de obstrucción intestinal mecánica <sup>(2)</sup>, elevándose este porcentaje según algunas series a 23,7% en enfermos de más de 70 años <sup>(1)</sup>, ya que la edad de presentación más frecuente es de 60 a 75 años <sup>(1)</sup>.

Se describe que sólo 1–15% de las fístulas biliodigestivas producen íleo biliar <sup>(1)</sup>. La mayoría de los cálculos que pasan al tubo digestivo se expulsan por el ano o se vomitan; al parecer el diámetro mínimo del cálculo necesario para producir obstrucción intestinal es de 2,5 cm, a menos que exista otra causa de estenosis intestinal <sup>(1,4)</sup>.

La formación de la fístula biliodigestiva pasa generalmente inadvertida, interpretándose el cuadro como cólico biliar o episodios de colecistitis aguda, otras veces puede cursar con melenas <sup>(1)</sup>.

La fístula biliodigestiva más frecuentemente

encontrada fue la colecistoduodenal (65–77%) <sup>(5)</sup>, los otros tipos que se asocian a íleo biliar son: colecistocólica (10–25%) <sup>(5)</sup>, colecistogástrica (5%) <sup>(5)</sup>, y otra mucho menos frecuente la colédocoduodenal <sup>(1)</sup>. En algunos casos no es necesaria la formación de fístula como tal, en presencia de enfermedades del esfínter de Oddi, o si se ha realizado algún gesto quirúrgico ampliando la papila.

Se han reportado casos de íleo biliar en pacientes colecistectomizados, lo que ha llevado a algunos autores a pensar que pequeños cálculos formados en las vías biliares dilatadas podrían pasar al tubo digestivo, bien por una fístula o bien por la papila, actuando luego como núcleo sobre el que se depositarán concreciones fecales o medicamentosas <sup>(1,6,7)</sup>.

El íleo biliar se presenta en pacientes de edad avanzada con antecedentes de dolor cólico biliar que cedieron espontáneamente, posterior al cual se presenta el cuadro de obstrucción intestinal completa o incompleta que se conoce como síndrome de Karewsky <sup>(1)</sup>. Esto se presentaría por los intentos del cálculo biliar en el tubo digestivo de vencer el punto de enclavamiento, fenómeno que se conoce como obstrucción acrobática <sup>(8)</sup>.

En nuestro estudio de tres pacientes se realizó el diagnóstico preoperatorio en un caso. Según las series analizadas se estima que el mismo sólo sucede en 30–40%. Los factores atribuidos serían la lenta instauración de los síntomas y la edad avanzada de los enfermos.

Uno de ellos fue operado luego de 24 horas, debido a que ingresó con el diagnóstico de coma cetoacidótico sin antecedentes previos de síntomas biliares. En el material bibliográfico analizado no se encuentra ningún caso similar.

El punto de enclavamiento de los cálculos fue el íleon terminal, coincidiendo con lo descrito en la literatura donde el mismo sería el lugar hasta en 65% de los casos <sup>(5)</sup>.

Se citan otros sitios de enclavamiento como el duodeno (3–5%) <sup>(5)</sup>, que se conoce con el nombre de síndrome de Bouveret <sup>(5,9)</sup>, o inclusive el píloro, como rara variante de este síndrome <sup>(10)</sup>. Otros serían el yeyuno (15–31%) y colon (5–8%) <sup>(5)</sup>.

La revisión de las asas intestinales en busca de otros cálculos se debe realizar, atendiendo a

la posibilidad de la presencia de aquellos que serían responsables de la recidiva, que se describe en 8,7–40%<sup>(1,2,11)</sup>. La maniobra de Kopel (traspasar manualmente a través de la válvula de Bahuín) no es aconsejada en la actualidad<sup>(1,12)</sup>, ya que puede lesionar la pared intestinal o producir obstrucción a la altura del colon<sup>(1)</sup>. En uno de los casos presentados, se extrajeron 10 cálculos del intestino.

La exploración física revela hallazgos comunes a cuadros de íleo mecánico. La ictericia es poco frecuente y se presentaría en 1–6% de los casos<sup>(1,2)</sup>. Otros hallazgos menos frecuentes serían la irritación peritoneal y la palpación del cálculo a través del abdomen o por tacto vaginal o rectal<sup>(1)</sup>.

Los datos de laboratorio son inespecíficos para la orientación diagnóstica, sin embargo los medios auxiliares del diagnóstico sí ayudarían, entre ellos la radiografía simple de abdomen, la contrastada y la ecografía abdominal.

Los signos radiológicos de íleo biliar fueron descritos por Rigler<sup>(13)</sup>: distensión de asas delgadas y niveles hidroaéreos, signos de aerobilia y la imagen litiásica radioopaca que cambia de posición con los movimientos del paciente. Sin embargo, ninguno de estos datos aislados es patognomónico de íleo biliar.

La ecografía abdominal, según algunos autores, es difícil de realizar por la distensión abdominal, más aún si el paciente es obeso. Permite la visualización de la aerobilia y de una imagen hiperecogénica intraluminal, que serían de gran ayuda para establecer el diagnóstico<sup>(1,14)</sup>.

La radiografía contrastada se emplea muy escasamente, siendo un excelente medio de diagnóstico demostrando un *stop* intraluminal, o pudiendo evidenciar la existencia de una fístula biliodigestiva<sup>(1)</sup>.

Si el cálculo está muy proximal (síndrome de Bouveret) o muy distal en el colon descendente, según Gastaminza se podría utilizar la endoscopia digestiva como medio diagnóstico y a veces terapéutico para la extracción de los cálculos<sup>(1,5,9)</sup>.

La extracción de cálculos por endoscopia digestiva alta no siempre resulta efectiva, ya que el gran tamaño del cálculo y la deformación duodenal asociada hacen difícil su extracción

por esta vía, sin embargo se justifica intentarla en pacientes de alto riesgo quirúrgico<sup>(14)</sup>.

El tratamiento debe ser quirúrgico y lo más precoz posible<sup>(1)</sup>. Existe un acuerdo en que lo primero a tratar sería la oclusión intestinal y secundariamente la fístula biliodigestiva<sup>(1,11)</sup>.

La resolución espontánea es excepcional; sin embargo, existen casos en la literatura analizada, cuya mención raya lo anecdótico<sup>(14)</sup>.

El tratamiento de la fístula biliodigestiva suprime la recurrencia, las complicaciones infecciosas (colangitis o colecistitis aguda) o las neoplásicas<sup>(1,12)</sup>. Si éste debe realizarse o no simultáneamente con el tratamiento de la obstrucción intestinal es motivo de controversia y puntos de vista diversos en la bibliografía revisada.

En uno de los casos presentados se realizó enterotomía y extracción de cálculos con evolución favorable, realizándose seis meses más tarde el tratamiento de la fístula. En otra paciente, se trataron simultáneamente ambos procesos, pero la misma falleció al séptimo día de posoperatorio. A la última se le practicó solamente enterolitotomía, con buena evolución.

Haciendo una revisión de las referencias analizadas en la literatura que permitan definir este tema, hemos encontrado que se basa en estudios retrospectivos con número limitado de pacientes.

En una serie de 53 pacientes publicados en Rusia por Vakhidov<sup>(15)</sup> en 1993, se realizó el tratamiento simultáneo a todos los pacientes, con una morbilidad de 35,8% y una mortalidad de 7,5%, cifras muy por debajo de las descritas por otros autores que son de 33 a 75%<sup>(1,12)</sup>. Existen otras series en las cuales se realizó sólo la enterotomía y extracción de cálculos, con mortalidad nula<sup>(1,16,17)</sup>.

Un estudio retrospectivo del Hospital Universitario Marqués de Valdeñilla (Santander, España), analizó 23 pacientes con íleo biliar, entre los cuales se sometió a un grupo a enterotomía simple y extracción de cálculos, y al otro al tratamiento simultáneo; concluyendo que no existieron diferencias entre una y otra modalidad terapéutica<sup>(18)</sup>.

Cubillos<sup>(14)</sup>, en una serie de 37 pacientes, concluyó que el tratamiento debe ser sólo la enterotomía y extracción de cálculos, reservando la corrección simultánea de la fístula a pa-

cientes con buen estado general, o con cuadros asociados de colecistitis aguda o litiasis coledociana.

El mismo autor realizó el seguimiento a los pacientes sometidos a enterolitotomía sin tratamiento de la fístula, comprobándose que la misma tiende a desaparecer sin mediar cirugía. Por ello el autor concluye que en pacientes asintomáticos y sin litiasis vesicular en quienes sólo se detecta neumbilia debe asumirse una actitud expectante respecto al tratamiento de la fístula biliodigestiva.

La crítica que se puede hacer a dicha actitud es la posibilidad de desarrollo de cáncer de vesícula, teniendo en cuenta que los pacientes con íleo biliar presentan factores de riesgo estadístico para el mismo: edad avanzada y cálculos de más de 3 cm. En la sede de Cubillos se detectó un caso de adenocarcinoma de vesícula en el grupo de pacientes en los cuales se abstuvieron de realizar tratamiento de la fístula biliodigestiva.

## Conclusiones

El íleo biliar es una rara complicación de la litiasis biliar, que se presenta como obstrucción intestinal completa o incompleta, en pacientes generalmente de sexo femenino, de edad avanzada y con antecedentes biliares.

El tratamiento es quirúrgico y debe estar dirigido primordialmente a la obstrucción intestinal y secundariamente a la fístula biliodigestiva, que puede realizarse o no simultáneamente, dependiendo de las condiciones locales y generales del paciente.

## Bibliografía

1. Capitán LC, Fernández F, et al. Ileo biliar. Revisión de nuestra casuística (11 casos). *Cir Española* 1995; 58: 352-4.
2. Pérez JP, Martín R, Martínez RJ, Gombau M, Torres J, Grado A. Ileo biliar. Estudio de 23 casos. *Cir Española* 1990; 48: 38-43.
3. Guillon P, Benoit J, Champault G, Boutelier P. A rare complication of the cholelithiasis. Ulceration of the cystic artery associated with cholecystoduodenal fistula. *J Chir Paris* 1994; 131(5): 250-1.
4. Highmann L, Jagelman G. Gallstone ileus complicating terminal ileus Cronh's disease. *Br J Surg* 1981; 68: 201-2.
5. Ruso L, Baldizan J, Lucinschi H, Sisondi A, Carriquiry L, Praderi R. Ileo duodenal por cálculo gigante. Síndrome de Bouveret. *Cir Uruguay* 1996; 66: 45-9.
6. Boyardi G, Riveito G, et al. A case of biliary ileus in a subject who had already undergone cholecystectomy. *Minerva Chir* 1989; 44(7): 1151-4.
7. Corsale C, Martini A, Corsal I. Fístula biliodigestiva interna da cístico lungo. Contributo clínico. *Minerva Chir* 1990; 45(18): 1195-8.
8. Sabiston D. Tratado de Patología Quirúrgica. 13ª ed. México: Interamericana, 1988.
9. Gastaminza R, Bolsa M, Ingelmo D et al. Síndrome de Bouveret. Aportación de un nuevo caso. *Rev Esp Enferm Apar Digest* 1984; 65: 259-63.
10. Patel JC, Lesur G, et al. Antropyloric lithiasic obstruction. A variant of Bouveret's syndrome. *Chirurgie* 1991; 117(5-6): 417-9.
11. Gómez A, González MD, Pérez M. Ileo biliar. A propósito de 23 casos. *Cir Andaluza* 1992; 9: 128-32.
12. González-Orus JM, Ortega LE, Sánchez R, Martín A, Montero J, Gómez A. Consideraciones sobre el íleo biliar. A propósito de 17 casos. *Cir Española* 1988; 43: 674-80.
13. Rigler LG, Borman CM, Noble JF. Gallstone obstruction. Pathogenesis and roentgen manifestations. *JAMA* 1941; 117: 1753.
14. Cubillos L, Cruz O, Tapia A, Zuñiga J, Palladines G. *Rev Chil Cirugía* 1991; 43(2): 142-9.
15. Vakhriov LV, Altyev BK, Artykov BJ. Internal biliodigestive fistulas. *Kirurgia Mosk* 1993; (10): 78-81.
16. Porelli P, Matroianni V, et al. Billiary ileus. Review of the literature and report of 22 further cases. *Minerva Chir* 1989; 44(7): 1089-94.
17. Colovi R, Bilanovic D, Drsov V. Billiary ileus. *Acta Chir Yugosl* 1990; 37(2): 213-22.
18. Rodríguez C, Casado Martín F, et al. Tratamiento quirúrgico del íleo biliar: enterolitotomía simple frente a colecistectomía y cierre fistuloso. *Cir Española* 1991; 51: 139.