

## Nota clínica

# Fístula colecistoentérica como causa de íleo biliar: hallazgos tomográficos.

*Cholecystoenteric fistula as a cause of biliary ileus: tomographic findings.*

Avilez-Arias JM, Cabral-Martínez A

Hospital General del Estado de Sonora, México.

## RESUMEN

**Introducción:** El íleo biliar es una complicación poco común de la colecistolitiasis, representa <0.1% de causa de íleo.

**Objetivos:** Describir las características de íleo biliar, manifestaciones clínicas, opciones de abordaje diagnóstico y terapéutico.

**Caso clínico:** Se presenta caso de paciente femenino de 39 años de edad, con cuadro clínico de oclusión intestinal, en estudio tomográfico se identifica neumbilia, dilatación de asas intestinales, así como presencia de imagen de atenuación cálcica de hasta 4 cm de diámetro. Se realiza laparotomía identificando presencia de lito en íleon terminal a 40 cm de válvula ileocecal, realizando enterotomía y cierre primario. Se egresa sin complicaciones a las 96 horas del evento quirúrgico.

**Discusión:** En un 75-83% los litos son eliminados a través de una fístula bilioentérica. El sitio de impactación más común es íleon 50-60%. Se presentan manifestaciones inespecíficas, la tomografía axial computarizada tiene sensibilidad mayor 90% para el diagnóstico.

**Conclusiones:** El uso de la tomografía axial computarizada brinda datos específicos para el diagnóstico de íleo biliar, realizar procedimiento en dos etapas para resolución de íleo biliar y cierre de fístula colecistoentérica conlleva menor mortalidad, en este caso representó una opción segura para el tratamiento.

**Palabras clave:** oclusión, íleo, biliar, Mirizzi, Rigler.

## ABSTRACT

**Introduction:** Gallstone ileus is a rare complication of cholecystolithiasis, it represents <0.1% of the cause of ileus.

**Objectives:** To describe the characteristics of gallstone ileus, clinical manifestations, diagnostic and therapeutic approach options.

**Clinical case:** We present the case of a 39-year-old female patient, with a clinical picture of intestinal occlusion, in a tomographic study,

### CORRESPONDENCIA

Javier Martín Avilez Arias  
Hospital General del Estado de Sonora  
83000 México  
[martin.avz01@gmail.com](mailto:martin.avz01@gmail.com)

XREF

### CITA ESTE TRABAJO

Avilez-Arias JM, Cabral-Martínez A. Fístula colecistoentérica como causa de íleo biliar: hallazgos tomográficos. Cir Andal. 2023;34(1):73-76. DOI: 10.37351/2021341.13.

pneumobilia, dilation of intestinal loops, as well as the presence of a calcium attenuation image of up to 4 cm in diameter are identified. Laparotomy was performed, identifying the presence of a stone in the terminal ileum 40 cm from the ileocecal valve, performing an enterotomy and primary closure. She was discharged without complications 96 hours after the surgical event.

**Discussion:** In 75-83% the stones are eliminated through a bilioenteric fistula. The most common impaction site is the ileum 50-60%. Nonspecific manifestations are presented, computerized axial tomography has a sensitivity greater than 90% for diagnosis.

**Conclusions:** The use of computerized axial tomography provides specific data for the diagnosis of gallstone ileus, performing a two-stage procedure to resolve gallstone ileus and cholecystenteric fistula closure entails lower mortality, in this case it represented a safe option for treatment

**Key words:** occlusion, ileus, biliary, Mirizzi, Rigler.

## INTRODUCCIÓN

El íleo biliar, es una complicación poco común de la colecistolitiasis, así mismo de obstrucción mecánica por impactación del lito en intestino delgado, con mayor frecuencia en la porción terminal<sup>1</sup>, Se presenta como <0.1% de causa de íleo<sup>2</sup>. Usualmente, se presenta tras la formación de una fístula entre la vesícula biliar, y la porción adyacente adherida de tracto gastrointestinal. El objetivo del tratamiento es la resolución de la oclusión mediante la extracción del lito, sin embargo, no existe un consenso del procedimiento quirúrgico de elección<sup>3</sup>.

## OBJETIVOS

Describir las características de íleo biliar; epidemiología, etiología, manifestaciones clínicas.

Identificar las opciones de abordaje diagnóstico y terapéutico en pacientes con íleo biliar.

## CASOS CLÍNICOS

Femenino de 39 años de edad, con antecedente de urolitiasis, sin enfermedades crónico-degenerativas. Acude al servicio de urgencias con cuadro clínico de tres días de evolución, caracterizado por dolor abdominal difuso, de moderada intensidad, mismo que se acompaña de náuseas, vómito en nueve ocasiones de aspecto biliar, intolerancia a la vía oral, ausencia de evacuaciones. En la exploración física, signos vitales; tensión arterial 105/75mmHg, temperatura 37.0 c, frecuencia respiratoria 20 rpm, frecuencia cardiaca 110 latidos por minuto. Sin deterioro neurológico, piel y mucosas deshidratadas, sin alteraciones cardiopulmonares, abdomen a la inspección distensión, dolor a la palpación superficial y profunda, timpanismo a la percusión, peristalsis de lucha a la auscultación, datos de irritación peritoneal, resto de la exploración física sin alteración. En estudios de laboratorio, se reportan 25.3 leucocitos, neutrófilos de 80.2%, Hto 50.5, Hb 17.1 Plaquetas 663 mil, Creatinina 1.62, sin otras alteraciones documentadas. Se inicia fluidoterapia, se coloca sonda nasogástrica



**Figura 1**

Tomografía simple de abdomen corte coronal, se identifica (A) Neumobilia, (B) Dilatación de asas de intestino (C) Imagen de atenuación cálcica en ileon distal.

a derivación obteniendo gasto de aspecto biliar, se solicitó estudio tomográfico de abdomen simple (Figura1) que reporta presencia de material hipodenso de atenuación aire en vesícula biliar, dilatación de asas intestinales >4cm, a nivel de íleon distal aproximadamente a 49cm de válvula ileocecal imagen de atenuación cálcica de hasta 4 cm de diámetro. Tras los hallazgos clínicos y tomográficos, se establece diagnóstico de íleo biliar, decide realizar laparotomía, se identifica en transoperatorio asas de intestino delgado distendidas, lito en ileon terminal a 40cm de válvula ileocecal, se realiza enterotomía (Figura2), con extracción lito de aproximadamente 4 cm de diámetro (Figura3), descompresión de asas intestinales cuantificando 1,600cc de líquido intestinal, se procede a realizar cierre primaria en dos planos, poligactina 3-0, primer plano con surjete continuo, segundo plano con puntos de Halsted subserosos. Se egresa a sala general, se retira sonda nasogástrica tras nula cuantificación de material intestinal, se reinicia vía oral con base en líquidos claros a las 12 horas de postoperatorio, tras satisfactoria tolerancia a la vía oral, canalización de gases y deposición de heces, ausencia de datos de irritación peritoneal, y signos vitales dentro de parámetros normales se decide egreso a domicilio a las 96 horas del evento quirúrgico. Se cita a consulta externa para seguimiento, y ulterior programación quirúrgica para colecistectomía y fístula colecisto entérica.



**Figura 2**

Entorotomía a 40 cm de válvula ileocecal, en sitio de impactación de lito biliar.



**Figura 3**

Lito biliar extraído de ileon distal, aproximadamente 4 cm de diámetro.

## DISCUSIÓN

En pacientes que presentan íleo biliar, los litos son eliminados a través de una fístula bilioentérica en un 75-83%. El tipo de fístula más frecuente es colecistoduodenal hasta en un 60%. Los sitios de impactación más común son ileon 50-60%, yeyuno 16-26%, duodeno 3.5-14%, y colon 3-4%<sup>2</sup>.

Las manifestaciones clínicas, son inespecíficas e incluyen episodios crónicos de oclusión, náusea, vómito, distensión y dolor abdominal.

Dentro de los estudios de imagen, la tomografía axial computarizada de abdomen, se muestra superior a la radiografía simple de abdomen, y el US abdominal, para el diagnóstico de íleo biliar, con una sensibilidad superior al 90%<sup>4</sup>. Se ha descrito la "Triada de Rigler", el hallazgos de dos de tres de los siguientes signos se considera patognomónico: (1)Oclusión intestinal parcial o completa, (2)Neumobilia, (3)Lito biliar en intestino.

Los procedimientos quirúrgicos, implementados en el tratamiento de esta entidad incluyen: Enterolitotomía simple, enterolitotomía, colecistectomía y cierre de fístula, enterolitotomía con colecistectomía diferida y reparación de fístula colecistoentérica en dos fases (4-6

semanas posteriores a la primera intervención)<sup>1</sup>, esta última resulta de mínima agresividad, escasa dificultad técnica y reduce el tiempo operatorio, en la fase aguda de oclusión por íleo biliar<sup>5</sup>.

## CONCLUSIÓN

El íleo biliar, se observa con mayor frecuencia en individuos de edad avanzada, usualmente es secundario a un síndrome de Mirizzi, la incidencia reportada en México es de 4.7%, no se ha establecido diferencias entre hombres y mujeres<sup>6</sup>. El caso reportado, describe íleo biliar en una paciente cuyo grupo etario dista del que usualmente se presenta acorde a la literatura. La realización de tomografía axial computarizada, permitió establecer el diagnóstico, identificando en este estudio la ya descrita "triada de Rigler". De las tres estrategias descritas como tratamiento quirúrgico de esta entidad patológica, la realización de colecistectomía y cierre de fístula colecistoentérica en conjunto con la enterolitotomía, ha demostrado no proteger a los pacientes de íleo biliar recurrente, y presenta una mayor mortalidad (16.9%) en comparación con el procedimiento de dos etapas (11.7%)<sup>5</sup>. La decisión de resolver el íleo biliar en nuestra paciente con una enterolitotomía simple para la extracción del lito, resultó una opción de tratamiento segura.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Nuño-Guzmán CM, Marín-Contreras ME, Figueroa-Sánchez M, Corona JL. Gallstone ileus, clinical presentation, diagnostic and treatment approach. *World J Gastrointest Surg.* 2016 Jan 27;8(1):65-76. doi: 10.4240/wjgs.v8.i1.65.
2. Inukai K. Gallstone ileus: a review. *BMJ Open Gastroenterol.* 2019 Nov 24;6(1):e000344. doi: 10.1136/bmjgast-2019-000344.
3. Salazar-Jiménez MI, Alvarado-Durán J, Fermín-Contreras MR, Rivero-Yáñez F, Lupian-Angulo AI, Herrera-González A. [Gallstone ileus, surgical management review]. *Cir Cir.* 2018;86(2):182-186. doi: 10.24875/CIRU.M18000032.
4. Ploneda-Valencia, M Gallo-Morales, C Rinchon, E Navarro-Muñiz, C Bautista-López, L de la Cerda-Trujillo, L Rea-Azpeitia, C López-Lizarraga (2017). Gallstone ileus: An overview of the literature. *Revista de Gastroenterología de México.* 82(3): 248-254 .doi: 10.1016/j.rgmxen.2017.05.001
5. Ploneda-Valencia CF, Gallo-Morales M, Rinchon C, Navarro-Muñiz E, Bautista-López CA, de la Cerda-Trujillo LF, et al. Gallstone ileus: An overview of the literature. *Rev Gastroenterol Mex.* 2017 Jul-Sep;82(3):248-254. English, Spanish. doi: 10.1016/j.rgmx.2016.07.006.
6. Valderrama-Treviño AI, Granados-Romero JJ, Espejel-Deloiza M, Chernitzky-Camaño J, Barrera Mera B, et al. Updates in Mirizzi syndrome. *Hepatobiliary Surg Nutr.* 2017 Jun;6(3):170-178. doi: 10.21037/hbsn.2016.11.01.