

## Artículo Multimedia

# Resolución laparoscópica de íleo biliar

*Laparoscopic resolution of gallstone ileus*

Chinelli J, Fierro M, Rodríguez G

Corporación Médica de Canelones Uruguay.

## RESUMEN

**Introducción:** El íleo biliar es una causa infrecuente de obstrucción intestinal, predominando en pacientes añosos.

**Caso:** Paciente de sexo femenino de 81 años, portadora de una oclusión intestinal, siendo el diagnóstico imagenológico de íleo biliar. Se realizó la enterolitotomía laparoscópica sin incidentes, con buena evolución postoperatoria.

**Discusión:** El íleo biliar supone un reto diagnóstico y terapéutico. Existen diversas opciones tácticas, dentro de las cuales la enterolitotomía sola resulta adecuada en la mayoría de los casos, no siendo necesario actuar en forma diferida sobre la fístula colecisto-duodenal. La resolución laparoscópica se reporta en un 10% de los casos.

**Conclusión:** El abordaje laparoscópico es desafiante, aunque seguro y factible si es llevado a cabo por equipos entrenados

**Palabras clave:** colecistitis, íleo biliar, fístula colecisto-duodenal.

## ABSTRACT

**Introduction:** gallstone ileus is a rare cause of small bowel obstruction.

**Case:** 81-year-old female, admitted with intestinal obstruction and finally diagnosed with gallstone ileus. Laparoscopic enterolithotomy was performed and the patient was discharged after an uneventful recovery.

**Discussion:** gallstone ileus is both a diagnostic and therapeutic challenge. There are many surgical options, among which enterolithotomy alone is adequate for most cases, so that cholecysto-duodenal fistula repair remains unnecessary. Laparoscopic resolution is reported in up to 10% of cases.

**Conclusion:** Laparoscopic approach is challenging although safe and effective if carried out by trained surgeons.

**Key words:** cholecystitis, gallstone ileus, cholecysto-duodenal fistula.

## CORRESPONDENCIA

XREF

Javier Chinelli  
Corporación Médica de Canelones Uruguay  
11200 Montevideo, Uruguay  
[jchinelli01@gmail.com](mailto:jchinelli01@gmail.com)

## INTRODUCCIÓN

El íleo biliar es la obstrucción intestinal endoluminal producida por la impactación de un cálculo, correspondiendo al 0,5% de las complicaciones de la litiasis biliar<sup>1</sup>. Tiene una incidencia anual de

## CITA ESTE TRABAJO

Chinelli J, Fierro M, Rodríguez G. Resolución laparoscópica de íleo biliar. Cir Andal. 2025;36(1): 22-24. DOI: 10.37351/2025361.3

0,9 / 100.000 y representa el 1-4% de las oclusiones intestinales de delgado, aunque en los mayores de 65 años esa cifra alcanza el 25%<sup>2</sup>.

## CASO CLÍNICO

Sexo femenino, 81 años, histerectomizada, diabética tipo 2 no insulino-requiriente, hipertensa, cardiopatía isquémica y arteriopatía carotídea. Ingres a Urgencias con cuadro de dolor abdominal en fosa ilíaca derecha (FID) y vómitos de 72 horas de evolución, sin fiebre. Al examen abdominal presenta dolor a la palpación profunda de FID, sin defensa, distensión y timpanismo, con retención fecaloidea en la sonda nasogástrica. La paraclínica humoral no reveló alteraciones.

Se realizó una tomografía computada (TC) abdómino-pélvica que evidenció la vesícula biliar engrosada, con aerobilia y cálculos calcificados en su interior, una fístula colecisto-duodenal asociada, así como dilatación de todo el intestino delgado y un cálculo ectópico a nivel de la última asa ileal, próximo a la válvula ileo-cecal.

Se efectuó una exploración laparoscópica, localizando el cálculo a nivel de la última asa ileal, explorando el delgado proximal descartando la existencia de otros litos en su interior y se efectuó la enterolitotomía. La enterorrafia se realizó con sutura barbada reabsorbible 3-0 y puntos de refuerzo de polidioxanona 3-0. El cálculo - de 2,3 cm - se extrajo en bolsa. No se abordó la vía biliar accesoria dado el intenso componente inflamatorio en ese momento.

La paciente cursó un postoperatorio sin complicaciones siendo dada de alta al 5º día, permaneciendo asintomática en lo que respecta a la esfera biliar.

## DISCUSIÓN

El íleo biliar es una complicación infrecuente de la litiasis vesicular, siendo consecuencia de uno o múltiples empujes inflamatorios que determinan la aparición de una fístula bilio-digestiva. La más frecuente de ellas es la colecisto-duodenal (85%), seguida de la colecisto-gástrica, colecisto-yeyunal y colecisto-colónica<sup>3</sup>.

El pasaje de cálculos puede determinar su impactación en distintos puntos. En el duodeno (3%), genera una estenosis gastroduodenal (Síndrome de Bouveret), en tanto que la progresión por el intestino delgado lleva a la obstrucción habitualmente en el íleon distal (75%), dado el menor calibre de éste. La obstrucción del yeyuno ocurre en el 40% de los casos y en el colon sigmoideas solamente en el 4%<sup>4</sup>.

El diagnóstico es un desafío, siendo clásica la tríada de Mordor: antecedente de sufrimiento biliar, signos clínicos de colecistitis aguda y aparición súbita de una oclusión intestinal.

La radiografía simple de abdomen es un estudio con baja sensibilidad (50%)<sup>5</sup>, aunque puede revelar los mismos hallazgos que la tomografía computada (TC). La TC es el estudio de elección y la clásica tríada de Rigler (aerobilia, asas delgadas dilatadas y uno o más cálculos ectópicos en la luz intestinal) se observa hasta en un 78% de los casos<sup>6</sup>.

El tratamiento del íleo biliar es quirúrgico, existiendo diversas opciones tácticas. La primera de ellas – enterolitotomía – es la habitualmente indicada<sup>7</sup>, solucionando la obstrucción intestinal. Considerando el perfil epidemiológico, parece razonable restringir la táctica quirúrgica a un solo procedimiento abreviando entonces el tiempo operatorio.

La cirugía en un tiempo (enterolitotomía, colecistectomía y cierre duodenal) evitaría el riesgo subsecuente de colecistitis, colangitis, recidiva del íleo biliar y el desarrollo de adenocarcinoma de vesícula en forma alejada. Sin embargo, tiene desventajas. En primer lugar, no parece adecuado realizar un procedimiento largo y complejo en pacientes añosos y frágiles, que naturalmente tendrá alta morbimortalidad. En segundo lugar, el riesgo de desarrollo de sintomatología de la esfera biliar que requerirá cirugía es bajo (10%), en tanto que el de recidiva del íleo biliar es menor al 5%<sup>8</sup>. Esto se debe a que en la mayoría de los casos se produce el cierre espontáneo de la fístula colecisto-duodenal.

Finalmente, la cirugía diferida del polo biliar se reserva para aquellos casos que desarrollan síntomas. Otra opción es realizarla igualmente en diferido, aunque no existan síntomas, por lo mencionado en el párrafo anterior, tras un período de espera de al menos 6 semanas.

En el caso de nuestra paciente y por lo antes mencionado, se optó por realizar únicamente la enterolitotomía.

El abordaje clásico para el tratamiento quirúrgico ha sido la laparotomía. De hecho, constituye la vía de elección en el 90% de los casos<sup>9</sup>.

Sin embargo, en los últimos años existen cada vez más reportes de pacientes tratados con éxito por abordaje laparoscópico<sup>10</sup>. Si bien añade múltiples beneficios de la cirugía mínimamente invasiva, presenta también algunos desafíos relacionados a la necesidad de explorar todo el intestino delgado y de crear un neumoperitoneo en el contexto de asas intestinales dilatadas, con mayor riesgo de lesión iatrogénica al momento de efectuar el acceso a la cavidad abdominal. En este caso se optó por el neumoperitoneo abierto a tales efectos.

### Resolución laparoscópica de íleo biliar

Javier Chinelli, Martín... Gustavo Rodríguez

Corporación M... de Anelones

Caracas, Venezuela



[Acceder al vídeo](#)

## CONCLUSIÓN

El tratamiento laparoscópico del íleo biliar es seguro y factible en manos de equipos con adecuado entrenamiento en esta vía de abordaje.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Chang L, Chang M, Chang HM, Chang AI, Chang F. Clinical and radiological diagnosis of gallstone ileus: a mini review. *Emerg Radiol*. 2018 Apr;25(2):189-196.
2. Uttam S, Kumar S, Singh SP, Singh S, Bhargava P. Gallstone ileus- A rare presentation in the era of rampant cholecystectomies. *Int J Surg Case Rep*. 2024 Apr 24; 119:109702.
3. Alemi F, Seiser N, Ayloo S. Gallstone Disease: Cholecystitis, Mirizzi Syndrome, Bouveret Syndrome, Gallstone Ileus. *Surg Clin North Am*. 2019 Apr;99(2):231-244.
4. Reisner RM, Cohen JR. Gallstone ileus: a review of 1001 reported cases. *Am Surg*. 1994 Jun;60(6):441-6.
5. Chinelli J, Rodríguez Temesio G. Tríada de Rigler. *Cir Urug* 2020; 4(2):1-2
6. Zhang J, Xie P, Liu K. The role of computed tomography in enterolith causing small bowel obstruction: A case series. *Medicine (Baltimore)*. 2023 Sep 8;102(36): e35041.
7. 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.
8. Inukai K. Gallstone ileus: a review. *BMJ Open Gastroenterol*. 2019 Nov 24;6(1): e000344.
9. Dreifuss NH, Schlottmann F, Cubisino A, Mangano A, Baz C, Masrur MA. Totally laparoscopic resolution of gallstone ileus: A case report. *Int J Surg Case Rep*. 2022 Jan; 90:10668.
10. Halabi WJ, Kang CY, Ketana N, Lafaro KJ, Nguyen VQ, Stamos MJ, et al. Surgery for gallstone ileus: a nationwide comparison of trends and outcomes. *Ann Surg*. 2014 Feb;259(2):329-35.