



Revista Argentina de Radiología
ISSN: 0048-7619
ISSN: 1853-5844
rar@sar.org.ar
Sociedad Argentina de Radiología
Argentina

Soliva Martínez, Daniel; Belda González, Isabel; Vicente Rodrigo,
Julio Alberto; Val Pérez, Eliseo; Calero-Paniagua, Ismael
Íleo Biliar
Revista Argentina de Radiología, vol. 82, núm. 2, 2018, pp. 88-90
Sociedad Argentina de Radiología
Argentina

DOI: <https://doi.org/10.1055/s-0038-1639489>

Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=382555870007>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org



Sistema de Información Científica Redalyc
Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso
abierto

Íleo Biliar

Gallstone Ileus

Daniel Soliva Martínez¹ Isabel Belda González¹ Julio Alberto Vicente Rodrigo² Eliseo Val Pérez²
Ismael Calero-Paniagua²

¹ Servicio de Radiología, Hospital Virgen de la Luz, Cuenca, España

² Servicio de Medicina Interna, Hospital Virgen de la Luz, Cuenca, España

Rev Argent Radiol 2018;82:88–90.

Address for correspondence Daniel Soliva Martínez, Servicio de Medicina Interna y Servicio de Radiología, Hospital Virgen de la Luz, Avenida cruz roja s/n. 16000, Cuenca, España
(e-mail: radcuenca@gmail.com).

Estimados Editores,

El íleo biliar se define como la obstrucción mecánica intestinal ocasionada por una litiasis biliar, la cual ha pasado al intestino a través de una fístula bilioentérica, más frecuentemente colecistoduodenal (65–77%).¹ Las litiasis que ocasionan el cuadro obstructivo usualmente superan los 2,5 cm de diámetro y, aunque pueden alojarse en cualquier localización, es más frecuente que se encuentren en el íleon terminal, el segmento más estrecho del intestino delgado.² Es una complicación excepcional de los pacientes con colelitiasis (0,3–0,5%),² que causa del 1 al 3% de las obstrucciones mecánicas de intestino delgado.^{1,3} Es más frecuente en pacientes ancianos y mujeres,¹ alcanzando en ese grupo hasta el 25% de los casos de obstrucción del intestino delgado.

La morbimortalidad que asocia es elevada, y aumenta considerablemente si se retrasa el diagnóstico, que puede dificultarse ya que no siempre se presenta un cuadro clínico inicial típico de obstrucción intestinal.³ Por esa razón, es fundamental conocer los hallazgos radiológicos que pueden generar una sospecha acerca de esa entidad, la llamada tríada de Rigler: oclusión intestinal, litiasis biliar ectópica y aerobilia.⁴ La prueba de imagen de referencia para su diagnóstico es la radiografía simple de abdomen, aunque la tríada de Rigler solo es visible del 15% al 50% de los casos (según las distintas series), por lo que usualmente el estudio necesita ser complementado con una ecografía y/o tomografía computada (TC). Esas técnicas complementarias, además de confirmar los casos dudosos, también permiten valorar la existencia de otras litiasis que si no fueran extraídas durante la cirugía, podrían ocasionar un nuevo cuadro precoz de íleo biliar tras la resolución del primero.

Existen dos opciones terapéuticas: una enterolitotomía inicial y colecistectomía diferida; o la enterolitotomía, colecistectomía y cierre de fístula en una única intervención. Usualmente, ya que los pacientes suelen mostrar comorbilidad

asociada, se opta por el primer tratamiento al tener menor riesgo quirúrgico. En esos casos, se puede producir un nuevo íleo biliar, colangitis ascendente por persistencia de la fístula colecistoentérica o colecistitis. Si se opta por la segunda opción el riesgo quirúrgico es mayor.⁵ La ecografía y sobre todo la TC permiten el diagnóstico diferencial, realizado por exclusión, al confirmar los hallazgos clásicos de la tríada de Rigler y descartando otras causas: la calcificación debe corresponder a la litiasis biliar ectópica y no a calcificaciones de órganos o masas pélvicas. La tríada debe ser la causante de la obstrucción de intestino delgado, y que no se deba a otras causas como bridas o hernias; y que la aerobilia sea secundaria a una fístula colecistoentérica y no idiopática (ancianos) o provocada por procedimientos bilioentéricos previos.

Presentamos el caso de una mujer de 91 años, con dolor en el hipocondrio derecho de tres semanas de evolución, que en cuatro días previos al análisis presentó estreñimiento y vómitos oscuros. El único antecedente conocido era la existencia de una litiasis vesicular de 5 cm, detectada en una ecografía previa de rutina. Mostró un abdomen distendido ante la exploración física, levemente doloroso, con ruidos hidroaéreos que en los días previos habían disminuido progresivamente hasta encontrarse prácticamente ausentes.

Se realizó una radiografía anteroposterior (AP) abdominal en decúbito supino, en la que no se visualizó la litiasis vesicular conocida, ni en su localización habitual ni desplazada a otra posición abdominal, probablemente por baja densidad; en esa prueba de imagen era fundamental conocer otro hallazgo característico de ese cuadro, la aerobilia (→Fig. 1), que sí se encontraba claramente presente, y en ese contexto era fundamental para hacer surgir la sospecha de un íleo biliar. A continuación, se realizó una ecografía abdominal, visualizando la vesícula parcialmente contraída, sin litiasis intraluminales acompañada de una importante dilatación gástrica y del intestino delgado (4 cm de diámetro), con

received
January 19, 2017
accepted
August 16, 2017
published online
March 27, 2018

DOI <https://doi.org/10.1055/s-0038-1639489>.
ISSN 1853-5844.

Copyright © 2018, Sociedad Argentina de Radiología. Publicado por Thieme Revinter Publicações Ltda., Rio de Janeiro, Brazil. Todos los derechos reservados.

License terms





Fig. 1 Radiografía anteroposterior abdominal en decúbito supino. Aerobilia (flecha). No se identifica la litiasis conocida. Se aprecia algún segmento de intestino delgado dilatado, poco específico.

contenido predominantemente líquido. En la exploración ecográfica, las asas intestinales dilatadas se continuaban hasta el íleon terminal, donde además se visualizó una imagen hiperecogénica curva de aproximadamente 5 cm, con intensa sombra acústica posterior, que sugería un caso de litiasis (►Fig. 2).

También se visualizaron cuñas de líquido libre intraperitoneal. Con la sospecha de íleo biliar, se realizó de manera complementaria una TC, en la que se confirmó el

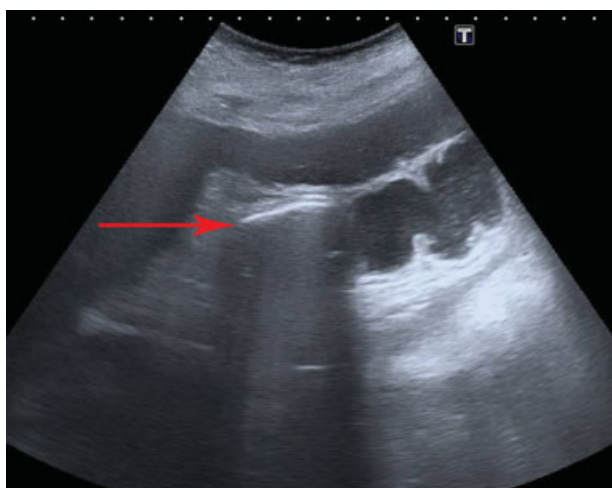


Fig. 2 Ecografía abdominal. Se visualiza dilatación del intestino delgado, de hasta 4 cm de calibre, cuyo contenido es predominantemente líquido. Se continúa hasta el flanco derecho, donde en el interior del íleon terminal, próximo a la válvula ileocecal, se identifica una imagen curva hiperecogénica de aproximadamente 5 cm, con intensa sombra acústica posterior, sugestiva de litiasis (flecha).



Fig. 3 TC abdominopélvica sin contraste, con reconstrucción en el plano coronal. Litiasis de 5 cm con calcificación en capas de cebolla (flecha), que sugiere origen biliar, enclavada en la válvula ileocecal, que de manera secundaria ocasiona obstrucción mecánica intestinal, con dilatación del mismo de hasta 4 cm de diámetro (asterisco) y gástrica. Hallazgos compatibles con íleo biliar. Colon colapsado (punta de flecha).

cuadro, debido a detectarse una litiasis de 5 cm, con calcificación en capas de cebolla que sugerían su origen biliar (►Fig. 3), la más periférica no se encontraba calcificada, enclavada en la válvula ileocecal, con una dilatación secundaria del intestino delgado (hasta 4 cm de calibre) y del estómago. Se confirmó la presencia de líquido libre intraperitoneal y del colon colapsado (►Fig. 4).

Se intervino quirúrgicamente de manera urgente a la paciente, realizando solo un enterolitotomía, con resolución del cuadro y buena evolución posoperatoria; no se realizó colecistectomía diferida por el riesgo quirúrgico.



Fig. 4 TC abdominopélvica sin contraste en el plano axial. Litiasis vesicular de 5 cm enclavada en la válvula ileocecal (flecha), con dilatación secundaria de intestino delgado (asterisco), e intestino grueso colapsado (punta de flecha), hallazgos compatibles con obstrucción mecánica intestinal.

Con este trabajo, se pretendió describir e ilustrar el íleo biliar, haciendo hincapié en que no siempre se presentan los hallazgos clásicos descritos en la tríada de Rigler en la radiografía simple de abdomen.

Confidencialidad de los datos

Los autores declaran que han seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes y que todos los pacientes incluidos en el estudio han recibido información suficiente y han dado su consentimiento informado por escrito para participar en dicho estudio.

Conflicto de intereses

Los autores del trabajo declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

- 1 Echenique-Elizondo M, Amondaraín-Arratibel JA. Íleo Biliar. *Gac Med Bilbao* 2008;105:94–95
- 2 Lassandro F, Romano S, Ragozzino A, et al. Role of helical CT in diagnosis of gallstone ileus and related conditions. *AJR Am J Roentgenol* 2005;185(05):1159–1165
- 3 Martín-Pérez J, Delgado-Plasencia L, Bravo-Gutiérrez A, et al. El íleo biliar como causa de abdomen agudo. Importancia del diagnóstico precoz para el tratamiento quirúrgico. *Cir Esp* 2013;91(08):485–489
- 4 García-Marín A, Pérez-López M, Pérez-Bru S, Compañ-Rosique A. Íleo biliar, causa poco frecuente de obstrucción intestinal. *Rev Gastroenterol Mex* 2014;79(03):211–213
- 5 Martínez Ramos D, Daroca José JM, Escrig Sos J, Paiva Coronel G, Alcalde Sánchez M, Salvador Sanchis JL. *Rev Esp Enferm Dig* 2009; 101:117–124