

Íleo biliar de presentación atípica: abordaje quirúrgico individualizado. Reporte de caso

Rivadeneira-Proaño Francisco

<https://orcid.org/0000-0003-4813-9370>
Hospital de Especialidades de las
Fuerzas Armadas, Cirugía General,
Quito, Ecuador
frpfrancisco@hotmail.com

Sarzosa-Alban Melissa

<https://orcid.org/0000-0002-2421-3401>
Ministerio de Salud Pública, Quito,
Ecuador
melissa1999mariam@gmail.com

Rivadeneira-Cabezas Emily

<https://orcid.org/0009-0006-6625-083X>
Universidad Central del Ecuador, Fa-
cultad de Ciencias Médicas, Carrera de
Medicina, Quito, Ecuador
valeska.14@hotmail.com

Rivadeneira-Proaño Kathy

<https://orcid.org/0000-0003-2167-3290>
Ministerio de Salud Pública, Quito,
Ecuador
kathy.rivadeneirap@hotmail.com

Torres-Catillo Antonio

<https://orcid.org/0000-0002-1570-2932>
Hospital de Especialidades de las
Fuerzas Armadas, Servicio de Cirugía
General, Quito, Ecuador
torresantony@hotmail.com

Correspondencia:

Francisco Rivadeneira
frpfrancisco@hotmail.com

Recibido: 16 de julio 2024

Aprobado para revisión: 26 de sep-
tiembre 2024

Aceptado para publicación: 05 de
mayo 2025

DOI: <https://doi.org/10.29166/rfcmq.v50i2.6962>

Rev. de la Fac. de Cienc. Médicas (Quito)
Volumen 50, Número 2, Año 2025
e-ISSN: 2737-6141
Periodicidad trianual

Resumen

Introducción: El íleo biliar, representa menos del 0,5% de las obstrucciones intestinales y surge como complicación infrecuente de la coledolitiasis. Esta patología se origina en fistulas bilioentéricas, principalmente colecistoduodenales. Su diagnóstico, a menudo, enfrenta desafíos debido a manifestaciones clínicas inespecíficas.

Objetivo: Describir un caso de íleo biliar con presentación atípica y analizar el enfoque quirúrgico individualizado empleado, destacando los criterios utilizados para la toma de decisiones y su impacto en el manejo de la obstrucción intestinal.

Presentación del caso: La paciente experimentó un cuadro clínico insidioso caracterizado por dolor abdominal, vómitos y pérdida de peso, conduciendo a una exploración exhaustiva laparoscópica que conllevó a una enterolitotomía para abordar la obstrucción.

Discusión: La tríada de Mordor, junto con estudios de imagen como la tomografía computarizada, facilita el diagnóstico, aunque a menudo se confirma durante la cirugía. El manejo quirúrgico estándar, ya sea laparotomía o laparoscopia, se adapta según el riesgo del paciente, con enfoques de una o dos fases.

Conclusión: El íleo biliar, aunque poco común, requiere reconocimiento inmediato y una intervención quirúrgica personalizada. La ausencia de un enfoque uniforme destaca la necesidad de decisiones individualizadas basadas en el riesgo quirúrgico, la recurrencia y la mortalidad asociada.

Palabras clave: íleo biliar; colecistitis; laparoscopia; enterolitotomía

Atypical presentation of biliary ileus: individualized surgical approach. Case report

Abstract

Introduction: Biliary ileus, representing less than 0.5% of intestinal obstructions, arises as an uncommon complication of cholelithiasis. This condition originates from biliary-enteric fistulas, mainly cholecystoduodenal, and its diagnosis often poses challenges due to nonspecific clinical manifestations.

Objective: To describe a case of biliary ileus with an atypical presentation and analyze the individualized surgical approach employed, highlighting the criteria used for decision-making and its impact on managing intestinal obstruction.

Case Presentation: The patient presented with an insidious clinical course characterized by abdominal pain, vomiting, and weight loss, leading to an extensive exploratory laparoscopy that resulted in an enterolithotomy to address the obstruction.

Discussion: The Mordor triad, along with imaging studies such as computed tomography, aids in the diagnosis, although it is often confirmed during surgery. The standard surgical management, whether laparotomy or laparoscopy, is adapted according to the patient's risk, with either one- or two-phase approaches.

Conclusion: Biliary ileus, though rare, requires prompt recognition and personalized surgical intervention. The absence of a uniform approach underscores the need for individualized decisions based on surgical risk, recurrence, and associated mortality.

Keywords: biliary ileus; cholecystitis; laparoscopy; enterolithotomy

Cómo citar este artículo: Rivadeneira-Proaño F, Sarzosa-Alban M, Rivadeneira-Cabezas E, Rivadeneira-Proaño K, Torres-Catillo A. Íleo biliar de presentación atípica: abordaje quirúrgico individualizado y reporte de caso. Rev Fac Cien Med [Internet]. 2025may [cited]; 50(2): 55-60. Available from: <https://doi.org/10.29166/rfcmq.v50i2.6962>



Este artículo está bajo una licencia de Creative Commons de tipo Reconocimiento - No Comercial - Sin obras derivadas 4.0 International Licence

Introducción

El íleo biliar es poco frecuente, representando menos del 0,5% de los casos totales, sin embargo, es una condición clínicamente relevante en adultos mayores debido a su alta tasa de mortalidad¹. Su fisiopatología radica en ciclos de inflamación crónica y la presión constante que un cálculo biliar ejerce sobre estructuras adyacentes, como el duodeno, lo que favorece la formación de una fístula bilioentérica. Esta fístula permite el paso del cálculo al lumen intestinal, alojándose con mayor frecuencia en el íleon². Generalmente, estas fístulas se desarrollan en pacientes con colelitiasis o colecistitis crónica, aunque también se han reportado casos posteriores a una colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE)³.

Las fístulas bilioentéricas cistoduodenales son las más comunes, representando aproximadamente el 77% de los casos. Sin embargo, también pueden formarse entre el árbol biliar o la vesícula biliar y otras estructuras como el estómago, yeyuno, íleon y colon. La fístula colecistocólica se presenta con menor frecuencia, en aproximadamente el 26,5% de los casos, mientras que la fístula colecistogástrica es aún más rara, con una incidencia cercana al 2%. Estas complicaciones pueden derivar en síndrome de Bouveret, colangitis y malabsorción⁴.

Con respecto al diagnóstico este representa un desafío debido a la inespecificidad de los síntomas, lo que puede retrasar la intervención médica y aumentar el riesgo de complicaciones graves⁵. Ante este escenario, la tríada de Mordor cobra relevancia clínica, caracterizándose por el antecedente de litiasis vesicular, signos de colecistitis aguda y la aparición súbita de un cuadro de obstrucción intestinal. En un paciente adulto mayor con esta presentación, debe mantenerse una alta sospecha de íleo biliar⁵.

En cuanto a los estudios de imagen, la tomografía computarizada (TC) es el método de elección para el diagnóstico del íleo biliar. La

sensibilidad y especificidad de la TC pueden incrementarse mediante el uso de agentes de contraste o técnicas avanzadas como la TC de doble energía, lo que facilita la detección de neumobilia y la visualización de las fístulas bilioentéricas. Además, la identificación de la tríada de Rigler, caracterizada por neumobilia, obstrucción intestinal y cálculo ectópico en estudios radiográficos, es un hallazgo clave, aunque no siempre evidente^{6,7}.

Aunque el tratamiento estándar es quirúrgico, en pacientes de alto riesgo deben considerarse alternativas menos invasivas, como la litotricia. Un abordaje multidisciplinario resulta fundamental para seleccionar la estrategia óptima, equilibrando eficacia y seguridad en función de las comorbilidades y el estado clínico del paciente⁸.

Dado el impacto clínico de esta patología este estudio tiene como objetivo describir un caso de íleo biliar con presentación atípica y analizar el enfoque quirúrgico individualizado empleado, destacando los criterios utilizados para la toma de decisiones y su impacto en el manejo de la obstrucción intestinal.

Presentación del caso

Se trata de una paciente de 92 años, con antecedentes clínicos de hipertensión arterial, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), hiperuricemia, colelitiasis diagnosticada hace cuatro años, enfermedad renal crónica, y estenosis valvular aórtica. Como antecedentes quirúrgicos, se realizó una laparotomía exploratoria en el 2019 debido a un sangrado digestivo secundario a un abdomen agudo provocado por la perforación de una úlcera gástrica.

La paciente acudió al servicio de emergencias debido a cuadro clínico de dolor abdominal de 48 horas de evolución, localizado en el hemiabdomen superior, acompañado de vómito bilioso, asociado con la ingesta de una comida copiosa. También refirió hiporexia, y una pérdida de peso superior a 10 kg en menos de un año.

Durante la evaluación inicial se evidenció un abdomen globoso, suave, pero doloroso a la palpación en epigastrio. Los exámenes de laboratorio reportaron leucocitosis con neutrofilia, además de reagudización de la enfermedad renal crónica y un uroanálisis sugestivo de infección. En cuanto a los estudios de imagen, se realizó una tomografía abdominopélvica en la cual se evidenció dilatación de la pelvis renal derecha y una imagen localizada en el hemiabdomen derecho sugestiva de lesión ocupativa, con abundantes ganglios y dilatación gástrica.

Con estos hallazgos, la paciente fue ingresada al servicio de geriatría con diagnóstico de infección de vías urinarias, reagudización de enfermedad renal crónica y síndrome constitucional, para lo cual se inició el manejo con antibióticos y se planificaron estudios complementarios. Durante hospitalización, la paciente presentó vómito en "poso de café", por lo que fue evaluada por gastroenterología, quién realizó una endoscopia digestiva alta, revelando una úlcera en la cara posterior del bulbo duodenal, clasificada como Forrest IIC. Adicionalmente, se realizó una ecografía abdominal en la cual se pudo observar un estómago distendido con importante contenido líquido hasta el duodeno. Posterior a lo que se indicó ayuno absoluto, tratamiento antiemético y un inhibidor de la bomba de protones. Debido a que la paciente presentó constipación de 48 horas de evolución, se le realizó un enema evacuante, que resultó poco productivo.

A los ocho días posterior al ingreso, y ante la persistencia del dolor abdominal, la paciente fue evaluada por el servicio de cirugía general quienes colocaron una sonda nasogástrica y realizaron nuevos estudios de imagen. La radiografía de abdomen mostró un patrón gaseoso intestinal alterado, con niveles hidroaéreos focalizados en mesogastrio y flanco derecho, sugerentes de un íleo posiblemente paralítico, mientras que la tomografía simple y contrastada de abdomen se observó un estómago y asas intestinales entéricas dilatadas con líquido, gas y niveles hidroaéreos, así como asas intestinales colónicas repletas de líquido, gas y contenido fecal.

Por los hallazgos reportados, se planificó una laparoscopia exploratoria para manejo de abdomen agudo obstructivo en donde entre los hallazgos intraoperatorios se incluyó una vesícula biliar oculta entre adherencias del estómago y el duodeno hacia el borde hepático, y asas de íleon distendidas hasta un metro proximal desde la válvula ileocecal, en la cual se encontró un cálculo biliar en el interior de la luz intestinal, de aproximadamente 4,5 cm x 2,8 cm de diámetro (Figura 1). Posteriormente, se procedió a realizar una enterotomía, la extracción del cálculo biliar y finalmente la enterorrafia, estableciéndose de esta manera el diagnóstico de íleo biliar.

La evolución clínica postoperatoria de la paciente fue adecuada, con buena tolerancia

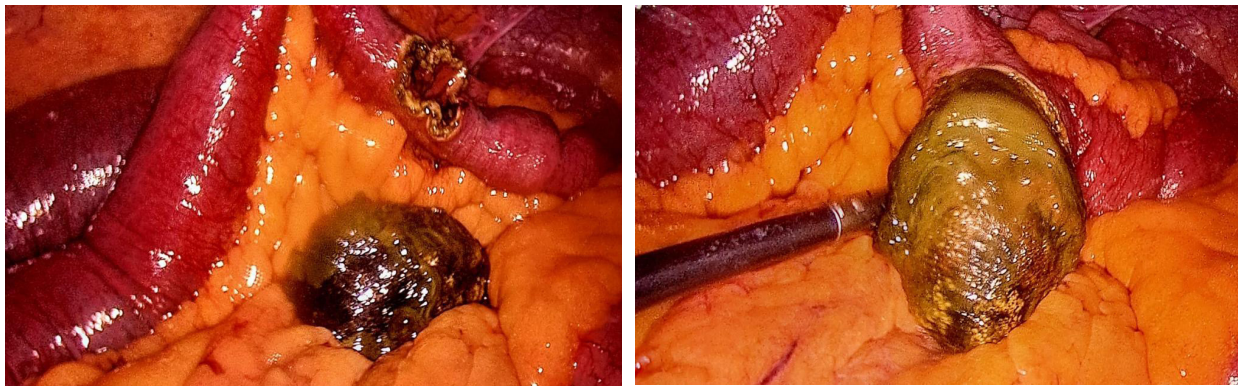


Figura 1. Extracción de lito de íleon a 1 metro a proximal desde válvula ileocecal.

oral y sin dolor, por lo que fue dada de alta tras completar el esquema antibiótico.

Discusión

El íleo biliar es una patología poco frecuente, con una incidencia que oscila entre el 1% y el 4%, pero con una elevada morbimortalidad, especialmente en la población adulta mayor. Sus manifestaciones clínicas varían según el nivel de impactación del lito y el grado de obstrucción luminal. Sin embargo, síntomas como dolor abdominal, náuseas, vómitos, distensión abdominal y la ausencia de canalización de flatos o deposiciones son comunes, aunque inespecíficos, lo que con frecuencia retrasa el diagnóstico. A pesar de esta inespecificidad, la tríada de Mordor puede ser útil para orientar el diagnóstico de íleo biliar en pacientes adultos mayores. No obstante, es fundamental descartar previamente causas más frecuentes de obstrucción intestinal^{9,10}.

En cuanto a los estudios complementarios de laboratorio e imagen, los hallazgos no difieren significativamente de los observados en otros casos de obstrucción intestinal. La radiografía de abdomen simple es el estudio inicial recomendado, con el objetivo de identificar signos sugestivos de la patología, como los descritos en la tríada de Rigler. Sin embargo, estos hallazgos solo se presentan en menos del 30 % de los casos. Debido a esta limitación, la tomografía computarizada ha adquirido mayor relevancia como método de elección en el diagnóstico de obstrucción intestinal, dada su alta sensibilidad y especificidad. Entre los hallazgos más frecuentes se encuentran signos de obstrucción intestinal, niveles hidroaéreos en la vesícula biliar, neumobilia y cálculos biliares ectópicos^{9,10}.

En el caso presentado, tanto la radiografía abdominal como la tomografía evidenciaron signos de obstrucción intestinal. No obstante, la tríada de Rigler no se cumplió en su totalidad y los hallazgos tomográficos fueron únicamente sugestivos de obstrucción, sin evidencia concluyente de íleo biliar, por lo que, el diagnóstico definitivo se realizó durante el transoperatorio.

El manejo del íleo biliar incluye el abordaje quirúrgico estándar, ya sea por laparotomía o laparoscopia, así como la litotricia en casos seleccionados siendo el objetivo del tratamiento quirúrgico la extracción del cálculo mediante una enterotomía, previa estabilización del paciente. Sin embargo, el principal desafío radica en la elección del abordaje y la técnica quirúrgica a emplear tras la extracción del cálculo¹¹.

De esta manera se ha descrito abordajes de única fase, para aquel paciente con bajo riesgo en donde adicionalmente se realizará una colecistectomía y reparación de fistulo bilioentérica, mientras que el abordaje de dos fases nos habla del tratamiento de la obstrucción mediante enterolitotomía y posterior valoración de la necesidad de un procedimiento biliar, abordaje indicado en aquellos pacientes de alto riesgo quirúrgico. Es necesario establecer que ningún abordaje se encuentra exento de complicaciones, sin embargo, el tratamiento quirúrgico de una sola fase posee claramente una mayor mortalidad, en los que se ha descrito inclusive hasta un (16,9%)^{10,11}.

En este caso, se optó por un abordaje quirúrgico en una sola fase, durante la cual se llevó a cabo la extracción del lito, logrando la resolución inmediata de la obstrucción abdominal. Asimismo, se indicó observación para una reevaluación posterior de la evolución de la fístula, en caso de que esta se hiciera evidente, ya que no se identificó durante la cirugía.

El consenso en cuanto a cuál debería ser el manejo y conducta quirúrgica estándar no se encuentra establecido y se debe a que la incidencia de la patología es muy baja. A pesar de estar claros de que el manejo estándar debe ser de tipo quirúrgico, la discusión sobre el tipo de cirugía a llevarse a cabo deberá dilucidarse en base a la individualización del riesgo quirúrgico, riesgo de recurrencia y la mortalidad asociada en cada caso.

Aprobación y consentimiento informado

Se obtuvo el consentimiento informado de la paciente.

Contribución de autoría

Conceptualización: Francisco Rivadeneira Proaña, Melissa Sarzosa Albán, Emily Rivadeneira Cabezas, Kathy Rivadeneira Proaña.

Supervisión: Antonio Torres Catillo.

Validación: Antonio Torres Catillo.

Redacción – borrador original: Francisco Rivadeneira Proaña, Melissa Sarzosa Albán, Emily Rivadeneira Cabezas, Kathy

Rivadeneira Proaña.

Redacción – revisión y edición: Francisco Rivadeneira Proaña, Melissa Sarzosa Albán, Emilia Rivadeneira Cabezas, Kathy Rivadeneira Proaña.

Conflicto de interés

Los autores declaran no tener ningún conflicto de interés.

Financiamiento

Todos los autores declaran financiamiento con fondos propios.

Referencias

1. 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* [Internet]. 2014 Feb [cited 2024 Jun 27];259(2):329–35. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23295322/>
2. Nuño-Guzmán CM, Marín-Contreras ME, Figueroa-Sánchez M, Corona JL. Gallstone ileus, clinical presentation, diagnostic and treatment approach. *World J Gastrointest Surg* [Internet]. 2016 [cited 2024 Jun 27];8(1):65. Available from: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC4724589/>
3. Gupta AK, Vazquez OA, Yeguez JF, Brenner B. Laparoscopic Approach for Gallstone Ileus in Geriatric Patients. *Cureus* [Internet]. 2020 Jun 15 [cited 2025 Jan 07];12(6). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32685311/>
4. Aguilar-Espinosa F, Maza-Sánchez R, Vargas-Solís F, Guerrero-Martínez GA, Medina-Reyes JL, Flores-Quiroz PI. Cholecystoduodenal fistula, an infrequent complication of cholelithiasis: Our experience in its surgical management. *Rev Gastroenterol Mex* [Internet]. 2017 Oct 1 [cited 2024 Jun 27];82(4):287–95. Available from: <https://www.revistagastroenterologiamexico.org/en-cholecystoduodenal-fistula-an-infrequent-complication-articulo-S2255534X17300762>
5. Reyes-Morales JM, Hernández-García LK. Íleo biliar: un reto diagnóstico y terapéutico. Presentación de un caso clínico. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc* [Internet]. 2023 [cited 2024 Jun 27];61(1):106. Available from: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10395987/>
6. Chang L, Chang M, Chang HM, Chang AI, Chang F. Clinical and radiological diagnosis of gallstone ileus: a mini review. *Emerg Radiol* [Internet]. 2018 Apr 1 [cited 2024 Jun 27];25(2):189–96. Available from: <https://link.springer.com/article/10.1007/s10140-017-1568-5>
7. Gaikwad V, Subramanian M, Lim KT, Peh WCG. Clinics in diagnostic imaging (216). *Singapore Med J* [Internet]. 2023 May 1 [cited 2024 Jun 27];64(5):330–4. Available from: https://journals.lww.com/smj/fulltext/2023/05000/clinics_in_diagnostic_imaging__216_.aspx
8. Mallipeddi MK, Pappas TN, Shapiro ML, Scarborough JE. Gallstone ileus: revisiting surgical outcomes using National Surgical Quality Improvement Program data. *J Surg Res* [Internet]. 2013 [cited 2024 Jun 27];184(1):84–8. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23764312/>
9. Macías-Segura SA, Castro-Rodríguez JM, Quintero-Pérez YY, Granados-Martínez CA. Íleo biliar: descripción de dos casos. *Rev Colomb Cir* [Internet]. 2023 Jun 22 [cited 2025 Feb 6];38(4):753–8. Available from: <https://www.revistacirugia.org/index.php/cirugia/article/view/2260>

10. Bueno-Cañones AD, Bailón-Cuadrado M, Asensio-Díaz E, Pacheco-Sánchez D, Bueno-Cañones AD, Bailón-Cuadrado M, et al. Íleo biliar. Reporte de casos. *Rev Cir (Mex)* [Internet]. 2020 [cited 2025 Feb 6];72(5):468–71. Available from: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2452-45492020000500468&Ing=es&nrm=iso&tlng=es
11. Ploneda-Valencia CF, Gallo-Morales M, Rinchon C, Navarro-Muñiz E, Bautista-López CA, de la Cerda-Trujillo LF, et al. El íleo biliar: una revisión de la literatura médica. *Rev Gastroenterol Mex* [Internet]. 2017 Jul 1 [cited 2024 Jun 27];82(3):248–54. Available from: <https://www.revistagastroenterologiamexico.org//es-el-ileo-biliar-una-revision-articulo-S0375090617300137>