

Íleo biliar como causa de obstrucción intestinal total, reporte de caso y manejo quirúrgico realizado paso a paso mediante cirugía abierta

Gallstone ileus as a cause of total intestinal obstruction, case report and surgical management carried out step by step through open surgery

José Vicente Fonseca Barragán ¹ [0009-0003-9489-6185], Steeven David Paredes Vinueza ² [0009-0002-2260-3622], Alison Nicole Vásquez Vélez ³ [0009-0001-5486-2592], Hugo Francisco Rosales Aguilar ⁴ [0000-0001-9434-0169], Víctor Ernesto Soliz Calle ⁵ [0009-0000-4807-9908], Patricia Jordana Valdivieso Estupiñán ⁶ [0009-0004-1418-5496], Carlos Steewarth Gudiño Justicia ⁷ [0009 0009-8394-5854]

^{1,3,5,7} Ministerio De Salud Pública Del Ecuador. Ecuador. ² Universidad Central del Ecuador. Ecuador ⁴ Universidad Técnica de Machala. Ecuador, ⁶ Sociedad de lucha contra el Cáncer. Guayaquil, Ecuador,

¹ jofonsecab@gmail.com, ² steevenparedes1997@gmail.com, ³ alison.vasquez@udla.edu.ec, ⁴ hrosales.md@gmail.com, ⁵ viersc_13@hotmail.com ⁶ jordana_0002@hotmail.com, ⁷ cgudinojusticia@gmail.com

Recibido: 2024-09-01

Revisado: 2024-09-02 hasta 2024-05-20

Corregido: 2024-10-10

Aceptado: 2024-10-20

Publicado: 2024-10-31

Salud ConCiencia
ISSN: 2953-5247



Los contenidos de este artículo están bajo una licencia de Creative Commons Attribution 4.0 International (CC BY 4.0) Los autores conservan los derechos morales y patrimoniales de sus obras.
The contents of this article are under a Creative Commons Attribution 4.0 International (CC BY 4.0) license. The authors retain the moral and patrimonial rights of their works.

Resumen.

Introducción: Aunque el íleo biliar es una causa poco común de obstrucción intestinal mecánica, representa un desafío clínico importante, especialmente en pacientes mayores que suelen tener otras comorbilidades relevantes. Esta afección se desarrolla cuando un cálculo biliar atraviesa una fístula bilioentérica y se queda atrapado en el íleon.

Objetivo: Describir el caso de una paciente adulta con obstrucción intestinal secundaria a íleo biliar, tratada en un hospital de segundo nivel en Quito, Ecuador, una región con alta prevalencia de enfermedad litiasica vesicular.

Exposición del caso: Paciente femenina que presentó dolor y distensión abdominal, acompañado de signos de obstrucción intestinal en la tomografía. Fue diagnosticada con abdomen agudo obstructivo y, durante la intervención quirúrgica, se encontró que la obstrucción era causada por un cálculo biliar intraluminal localizado en el íleon.

Conclusiones: En muchos casos, esta patología se confirma mediante estudios radiológicos o durante la intervención quirúrgica. El tratamiento quirúrgico, que puede incluir enterolitotomía y colecistectomía, es crucial para resolver la obstrucción y tratar la fístula bilioentérica. Sin embargo, incluso si se realiza colecistectomía en el procedimiento inicial, no siempre se evita la recurrencia de la obstrucción debido a la posibilidad de cálculos no detectados. La estrategia de manejo debe individualizarse según las características del paciente, su estado de salud general y el riesgo quirúrgico asociado.

Palabras Clave: Íleo, biliar, obstrucción intestinal, abdomen agudo

Abstract:

Introduction: Although gallstone ileus is a rare cause of mechanical intestinal obstruction, it represents a significant clinical challenge, especially in older patients who often have other relevant comorbidities. This condition develops when a gallstone passes through a bilioenteric fistula and becomes trapped in the ileum.

Objective: To describe the case of an adult patient with intestinal obstruction secondary to gallstone ileus, treated in a second level hospital in Quito, Ecuador, a region with a high prevalence of gallstone disease.

Case presentation: Female patient who presented with abdominal pain and distension, accompanied by signs of intestinal obstruction on CT. She was diagnosed with acute obstructive abdomen and, during surgery, the obstruction was found to be caused by an intraluminal gallstone located in the ileum.

Conclusions: In many cases, this pathology is confirmed by radiological studies or during surgery. Surgical treatment, which may include enterolithotomy and cholecystectomy, is crucial to resolve the obstruction and treat bilioenteric fistula. However, even if cholecystectomy is performed in the initial procedure, recurrence of obstruction is not always prevented due to the possibility of undetected stones. The management strategy should be individualized according to the patient's characteristics, general health status, and associated surgical risk.

Keywords: Ileus, gallstone, intestinal obstruction, acute abdomen

Fonseca Barragán JV, Paredes Vinueza SD, Vásquez Vélez AN, Rosales Aguilar HF, Soliz Calle VE, Valdivieso Estupiñán PJ, et al. Íleo biliar como causa de obstrucción intestinal total, reporte de caso y manejo quirúrgico realizado paso a paso mediante cirugía abierta. *Salud ConCienc.* [Internet]. 31 de octubre de 2024 [citado 6 de noviembre de 2024];3(2):e102. Disponible en: <https://saludconciencia.com.ar/index.php/scc/article/view/102>

Fonseca Barragán, J. V., Paredes Vinueza, S. D., Vásquez Vélez, A. N., Rosales Aguilar, H. F., Soliz Calle, V. E., Valdivieso Estupiñán, P. J., & Gudiño Justicia, C. S. (2024). Íleo biliar como causa de obstrucción intestinal total, reporte de caso y manejo quirúrgico realizado paso a paso mediante cirugía abierta. *Salud ConCiencia*, 3(2), e102. <https://doi.org/10.55204/scc.v3i2.e102>

<https://doi.org/10.55204/scc.v3i2.e102>

1. INTRODUCCIÓN

El íleo biliar, aunque infrecuente, representa una causa significativa de obstrucción intestinal mecánica, afectando predominantemente a personas mayores que suelen padecer otras comorbilidades importantes. Esta condición se origina cuando un cálculo biliar se impacta en el íleon tras haber atravesado una fístula bilioentérica. Su diagnóstico suele retrasarse debido a la naturaleza intermitente de los síntomas y a la dificultad para identificar la causa de la obstrucción en los exámenes iniciales.¹

El íleo biliar sigue estando asociado con tasas relativamente altas de morbilidad y mortalidad. Se considera una complicación rara de la colelitiasis, manifestándose en menos del 0,5 % de los casos de obstrucción mecánica del intestino delgado. Esta condición afecta de manera desproporcionada a mujeres y a pacientes de mayor edad. Generalmente, los cálculos biliares acceden al intestino a través de una fístula bilioentérica, que complica entre el 2 y el 3 % de los casos de colelitiasis asociados con episodios de colecistitis.²

El 60 % de las fístulas biliares corresponden a fístulas colecisto duodenales. Se ha planteado una posible relación entre el síndrome de Mirizzi y la presencia de fístulas colecisto entéricas, ya que un cálculo impactado en el conducto cístico puede causar un estrechamiento del conducto hepático común, lo que podría derivar en una fístula colecisto entérica, permitiendo así el paso de cálculos biliares al intestino.³

El íleo biliar debe ser considerado como diagnóstico en pacientes de edad avanzada que presenten los síntomas clínicos mencionados anteriormente, los cuales sugieren una obstrucción intestinal aguda o subaguda. Su confirmación se puede realizar mediante estudios radiológicos o, en algunos casos, durante una intervención quirúrgica por obstrucción intestinal. En este contexto, la extracción de un cálculo biliar del sitio de la obstrucción es un hallazgo diagnóstico.⁴

Anteriormente, el diagnóstico de íleo biliar no se realizaba hasta la cirugía en cerca del 50 % de los casos, ya que muchos pacientes no tenían antecedentes conocidos de enfermedad biliar. No obstante, en estudios recientes, el diagnóstico de íleo biliar se ha logrado en el 77 % de los pacientes antes de la intervención quirúrgica mediante tomografía computarizada (TC), radiografía simple o ecografía.¹

En pacientes con sospecha de íleo biliar, es imprescindible realizar estudios de imagen abdominal para confirmar el diagnóstico, determinar el sitio de la obstrucción intestinal y detectar posibles complicaciones relacionadas, como isquemia, necrosis o perforación. La TC es la técnica de diagnóstico por imágenes más empleada para este fin.⁵

En ausencia de TC, se puede recurrir a la radiografía simple o a la ecografía. En la radiografía abdominal de un paciente con íleo biliar, se puede observar la tríada de Rigler, que se caracteriza por la presencia de neumobilia, obstrucción del intestino delgado y un cálculo biliar, habitualmente localizado en la fosa ilíaca. El tratamiento principal consiste en la extracción del cálculo que causa la obstrucción, luego de estabilizar al paciente.⁵

2. EXPOSICIÓN DEL CASO

Se trata de una paciente de 54 años de edad, con antecedentes de colelitiasis diagnosticado hace 1 año sin tratamiento, no antecedentes familiares ni quirúrgicos de importancia. Refiere cuadro clínico de <https://doi.org/10.55204/scc.v3i2.e102>

aproximadamente 1 semana de evolución caracterizado por dolor abdominal tipo cólico de leve a moderada intensidad de forma difusa, que se acompaña de náuseas y vómitos de contenido alimenticio en 3 ocasiones, más síntomas de dispepsia y ausencia de realización de las deposiciones lo que conlleva a sensación de distensión abdominal por lo que acude.

Examen físico general:

Ingreso con los siguientes signos vitales:

Tensión arterial: 140/65 mmHg, Frecuencia cardiaca: 86 por minuto, Frecuencia respiratoria: 19 por minuto, Saturación de oxígeno: 92 %, Temperatura: 36,8 °c.

Examen regional:

Orientado en tiempo, espacio y persona, Glasgow 15/15

Mucosa oral secas

Tórax: simétrico; cardiorrespiratorio sin patologías.

Abdomen: no evidencia de cicatrices, distendido, doloroso a la palpación profunda de forma difusa a predominio de hemiabdomen izquierdo, con timpanismo aumentado a la percusión y ruidos hidroaéreos aumentados.

Exámenes Paraclínicos:

Laboratorios:

| BIOMETRÍA HEMÁTICA | QUÍMICA SANGUÍNEA |
|---|--------------------------|
| LEUCOCITOS: 16.45 | Glucosa: 119 |
| NEUTRÓFILOS: 85 % | Urea: 20 |
| HEMOGLOBINA: 14 | Creatinina: 1.8 |
| HEMATOCRITO: 46 | LDH: 300.5 u/l |
| PLAQUETAS: 234 | PCT: 0.2 % |
| ELECTROLITOS: NA: 130 K: 3 CL: 100 | |
| TIEMPOS: TP: 12.5 TPT: 27 INR: 1 | |

Tomografía abdominopélvica reporta: asas intestinales y estomago francamente distendidos, no liquido libre en cavidad, no gas libre, colon en todo su trayecto vacuo, que impresiona signos de obstrucción intestinal a nivel de intestino delgado distal. [figura 1]



Figura 1: Tomografía: A: Corte axial y B: Corte coronal donde se observan asas intestinales francamente dilatadas proximal al sitio de obstrucción.

Con el cuadro clínico descrito, se consideró se trataba de un abdomen agudo obstructivo por lo que se decide colocar sonda nasogástrica evidenciándose salida abundante de líquido intestinal, se procedió a hidratar y a preparar para quirófano ya que ameritó la realización de una intervención quirúrgica, procediendo bajo anestesia general, a realizar diéresis supra e infra umbilical media, profundización por planos hasta llegar a cavidad abdominal identificando los siguientes hallazgos:

- Estomago e intestino delgado francamente dilatados con abundante contenido hidroaéreo en su interior [figura 2]
- Presencia de asas ileales, y colon en todo su trayecto vacuo
- Presencia de obstrucción intestinal total a nivel ileal a 1 metro de la válvula ileocecal, por cuerpo extraño intraluminal de 5x4cm [figura 2]
- Líquido seroso en cavidad en escasa cantidad
- No evidencia de signos de isquemia gastrointestinal

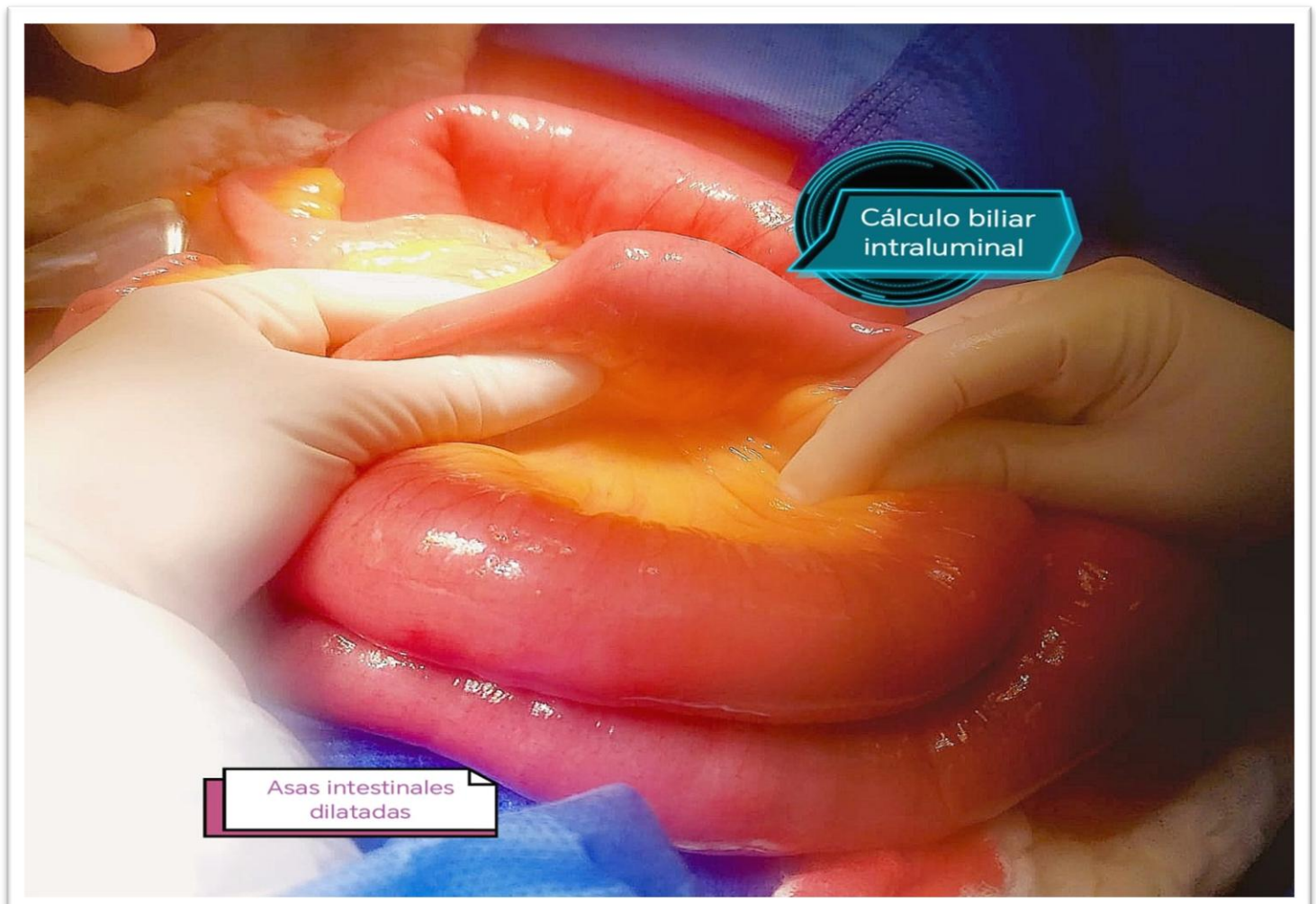


Figura 2: Asas intestinales dilatadas, edematosas con evidencia de una obstrucción total por un cálculo biliar intraluminal a nivel ileal, resto de asas intestinales distales vacuas distal a la obstrucción.

Con estos hallazgos se procedió a realizar enterotomía en sentido longitudinal a nivel del sitio de obstrucción observándose que se trataba de un cálculo biliar que obstruía la luz intestinal en su totalidad. Por lo que se procede a extraer el mismo [figura 3-4] y a realizar una enterorrafia en sentido transversal en 2 planos con vicryl 3.0 más verificación de impermeabilidad de la rafia mediante maniobra neumática. [figura 5]

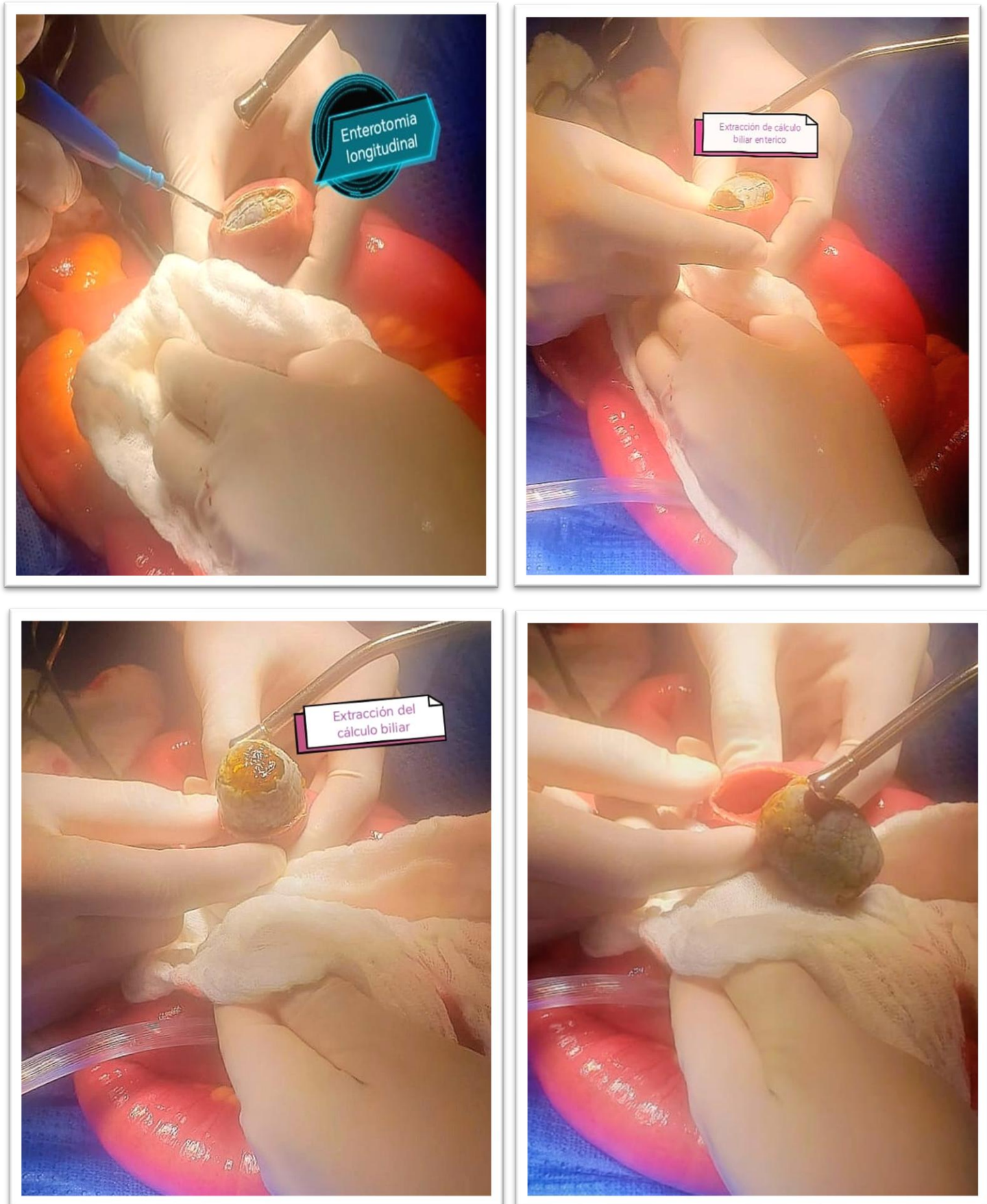


Figura 3-4: Procedimiento quirúrgico, mediante realización de enterotomía en sentido longitudinal en el sitio de la obstrucción intestinal y se procede a extraer de forma progresiva el cálculo.



Figura 4: Calculo biliar extraído del intestino causante de la obstrucción intestinal.



Figura 5: Realización de enterorrafia en sentido transversal en 2 planos

En conclusión, se hizo como procedimiento final una laparotomía exploratoria más enterotomía para extracción del cálculo biliar causante de la obstrucción y una enterorrafia, se verificó hemostasia

El curso postoperatorio del paciente transcurrió sin incidente. Se le maneja con antibioticoterapia a base de ceftriaxona, al segundo día postquirúrgico se le retiró la sonda nasogástrica, se le inició tolerancia oral la cual se le fue progresando paulatinamente. Permaneció hospitalizado 7 días con adecuada evolución, toleró adecuadamente la dieta, canaliza flatos y realiza deposiciones, por lo que se procedió a dar alta médica para controles subsecuentes por consulta externa.

En la consulta externa se valora al paciente el cual evoluciona de forma favorable, heridas quirúrgicas sin signos de infección, por lo que se procede a retiro de puntos de sutura.

Metodología: Reporte de caso de una paciente adulta que presentó un cuadro clínico de obstrucción intestinal causado por un íleo biliar, atendido en un hospital de segundo nivel en la ciudad de Quito, Ecuador. Se realizó una exhaustiva revisión de todo el expediente clínico del paciente para detallar y analizar cada aspecto relevante de su evolución y manejo médico, con el fin de proporcionar una descripción completa del caso en este informe. La revisión incluyó la evaluación de antecedentes médicos, exámenes diagnósticos realizados, intervenciones terapéuticas aplicadas y el seguimiento postoperatorio, ofreciendo una visión integral del proceso diagnóstico y terapéutico llevado a cabo en esta institución hospitalaria.

3. DISCUSIÓN

Para recalcar la importancia de la publicación de este caso tenemos que comprender que el íleo biliar es una complicación rara de la colelitiasis, presente en menos del 0,5 % de los casos de obstrucción intestinal mecánica, afectando principalmente a mujeres mayores. La entrada de los cálculos al intestino ocurre generalmente a través de una fístula bilioentérica, presente en el 2-3 % de los casos de colelitiasis con colecistitis. La mayoría de estas fístulas (60 %) son colecisto duodenales, aunque también pueden ser colecisto gástricas. Se ha propuesto una relación con el síndrome de Mirizzi, ya que un cálculo impactado en el conducto cístico puede estrechar el conducto hepático común, creando una fístula que facilita el paso de los cálculos. La inflamación pericolecística, las adherencias entre los sistemas biliar y entérico, y la presión del cálculo contra la pared biliar pueden conducir a la formación de fístulas. También se han reportado casos de íleo biliar tras una esfinterotomía endoscópica, cuando un cálculo grande pasa al intestino a través del esfínter dilatado, provocando obstrucción.¹⁻² La obstrucción se produce cuando el cálculo tiene un tamaño considerable; el 90 % de los cálculos obstructivos miden más de 2 cm, y la mayoría supera los 2,5 cm. Entre el 50 y el 70 % de estos cálculos se impactan en el íleon, el segmento más estrecho del intestino, seguido por el yeyuno y el estómago. La obstrucción en el colon suele ocurrir en áreas con patologías previas, como estenosis post diverticulitis, ya que el diámetro colónico normal permite el paso de cálculos.³

Características clínicas

Los síntomas típicos del íleo biliar incluyen episodios recurrentes de obstrucción intestinal, especialmente en mujeres mayores. Estos episodios se deben al movimiento intermitente del cálculo a lo largo del intestino, causando dolor abdominal difuso y vómitos que desaparecen temporalmente cuando el cálculo se desplaza y se vuelven a presentar cuando se impacta en un segmento más distal. Antes de la hospitalización, los

síntomas pueden durar en promedio cinco días. En casos raros, el cálculo se impacta en el canal pilórico o duodeno, provocando una obstrucción gástrica conocida como síndrome de Bouveret, caracterizada por dolor epigástrico, náuseas y vómitos debido al paso del cálculo a través de una fístula colecisto duodenal.⁶⁻⁷ En el examen físico, el paciente puede mostrar fiebre y signos de deshidratación, con distensión abdominal y aumento de los ruidos intestinales. La ictericia es poco común, presentándose en menos del 15 % de los casos, mientras que alrededor del 20 % de los pacientes pueden presentar signos de colecistitis aguda. Los pacientes con íleo biliar a menudo presentan comorbilidades significativas, incluyendo enfermedades cardiovasculares, enfermedades pulmonares y diabetes mellitus. En un estudio que incluyó a 22 pacientes con íleo biliar, se encontró que el 86 % de ellos se clasificaba en las clases 3 o 4 de la Sociedad Americana de Anestesiología, lo que indica un alto riesgo perioperatorio.⁸⁻⁹

Diagnóstico

El íleo biliar debe considerarse en adultos mayores que presentan síntomas indicativos de obstrucción intestinal aguda o subaguda. Su diagnóstico puede confirmarse mediante estudios radiológicos o, en algunos casos, durante la cirugía por obstrucción intestinal, donde la extracción de un cálculo biliar del sitio de obstrucción resulta diagnóstica. Anteriormente, aproximadamente la mitad de los pacientes no eran diagnosticados hasta la cirugía, principalmente porque no tenían antecedentes de enfermedad biliar.¹⁰

Desde el punto de vista de laboratorio, las alteraciones bioquímicas asociadas con el íleo no son específicas e incluyen leucocitosis, desequilibrio electrolítico por deshidratación y niveles elevados de aminotransferasas. Para confirmar el diagnóstico de íleo biliar, se requieren estudios de imagen abdominal que ayuden a identificar la ubicación de la obstrucción y a detectar posibles complicaciones como isquemia, necrosis o perforación. La tomografía computarizada (TC) es la técnica de imagen más utilizada, y en su ausencia, se pueden realizar radiografías simples o ecografías.¹¹

En la tomografía computarizada abdominal, se pueden observar hallazgos característicos del íleo biliar como neumobilia, que se presenta en el 30-60 % de los pacientes con esta condición, es un hallazgo inespecífico que indica la presencia de aire en el árbol biliar, posiblemente debido a la comunicación con el tracto gastrointestinal a través de un conducto cístico permeable o una fístula entero biliar. También puede ser resultado de un esfínter de Oddi incompetente o de procedimientos quirúrgicos previos en el sistema biliar.¹⁰

Radiografía simple: Cuando no se dispone de tomografía computarizada, las radiografías simples o ecografías pueden ser útiles en pacientes con sospecha de íleo biliar. En la radiografía simple abdominal, se pueden observar hallazgos característicos del íleo biliar. En un estudio, dos de los tres hallazgos iniciales se identificaron en hasta el 50 % de los casos. La tríada de Rigler característica, incluye neumobilia, obstrucción del intestino delgado y la presencia de un cálculo biliar, generalmente localizado en la fosa ilíaca. Si después de realizar una tomografía computarizada y una radiografía simple no se logra diagnosticar un íleo biliar, se pueden considerar pruebas adicionales. La ecografía y la colescintigrafía (exploración HIDA) pueden ser utilizadas para evaluar la presencia de cálculos biliares residuales o fístulas.²⁻³

Tratamiento

El tratamiento del íleo biliar es principalmente quirúrgico y se centra en tres aspectos fundamentales:

colecistitis, fístula bilioentérica y obstrucción intestinal. La obstrucción se maneja típicamente mediante una enterolitotomía, que consiste en una enterotomía con extracción de cálculos. Las afecciones de colecistitis y fístula bilioentérica suelen tratarse en conjunto con un procedimiento biliar, que incluye colecistectomía y cierre de la fístula.² Los pacientes que son candidatos para cirugía deben someterse a una enterolitotomía para aliviar la obstrucción intestinal. Aquellos con bajo riesgo pueden realizarse el procedimiento biliar simultáneamente, mientras que los de alto riesgo pueden posponer este último hasta que sea necesario. Un estudio retrospectivo en EE. UU con 3,268 pacientes mostró que el 62 % se sometió únicamente a enterolitotomía, mientras que el 19 % recibió una enterolitotomía combinada con un procedimiento biliar.⁴⁻⁵

La primera etapa del tratamiento es la enterolitotomía, generalmente realizada a través de una laparotomía. En casos de perforación, isquemia significativa o cálculos no extraíbles, puede ser necesaria una resección intestinal, que se realizó en el 19 % de los pacientes en un estudio. La enterolitotomía puede hacerse por laparotomía o laparoscopia, y en ambos casos se administran antibióticos profilácticos para prevenir infecciones, ya que la principal causa de morbilidad ocurre en el postoperatorio.⁶⁻⁷

En una laparotomía, se lleva a cabo una enterotomía longitudinal en el borde anti mesentérico, cerca del sitio de impacto del cálculo, que se extrae mediante un movimiento proximal. Es crucial cerrar cuidadosamente la enterotomía para evitar estenosis intestinal residual. Además, la manipulación de cálculos a través del ciego debe evitarse, ya que puede causar lesiones en la mucosa y perforaciones serosas no detectadas.⁸⁻⁹

Es fundamental inspeccionar minuciosamente todo el intestino en busca de cálculos biliares adicionales, que se presentan en un 3 al 16 % de los casos. Estos cálculos pueden ser eliminados mediante el ordeñamiento del intestino, desplazando así los cálculos más pequeños hacia los más grandes. Los cálculos con formas facetadas o cilíndricas aumentan la probabilidad de que existan múltiples cálculos. La mayoría de los episodios de íleo biliar recurrente se atribuyen a estos cálculos facetados, que probablemente no fueron identificados durante la cirugía inicial.¹⁰ La enterolitotomía laparoscópica se ha realizado en casos seleccionados, aunque este enfoque puede ser técnicamente difícil debido a la dificultad de examinar un intestino delgado dilatado y localizar el cálculo biliar a través del laparoscopio, lo que lleva a una conversión a laparotomía en muchas ocasiones. Por lo tanto, el uso de la técnica laparoscópica se recomienda principalmente para cirujanos con amplia experiencia y en pacientes cuidadosamente seleccionados.¹⁰

Segunda etapa: Dependiendo del riesgo, después de una enterolitotomía exitosa, con o sin resección intestinal, se logra aliviar la obstrucción intestinal. El manejo posterior debe ser personalizado según las características de cada paciente.

Pacientes de alto riesgo: (clase III o IV de la Sociedad Americana de Anestesiólogos [ASA]), que presentan estado de shock o una inflamación intraabdominal significativa, se debe realizar solo la enterolitotomía y luego observar la evolución de los síntomas. Estos pacientes pueden ser tratados de manera expectante, ya que las fístulas bilioentéricas pueden cerrarse espontáneamente, sobre todo si el conducto cístico está permeable o no hay cálculos residuales. Para los pacientes con síntomas persistentes o recurrentes de colecistitis, se puede planificar una colecistectomía laparoscópica electiva en un momento posterior, cuando su estado lo permita. En otros pacientes de alto riesgo, se puede optar por un enfoque conservador, a menos que

surjan complicaciones que requieran un procedimiento biliar definitivo.¹⁰⁻¹¹

Pacientes de bajo riesgo: (clase ASA I o II) pueden someterse al procedimiento biliar definitivo al mismo tiempo que la enterolitotomía, en un solo procedimiento si los hallazgos en el cuadrante superior derecho lo justifican. Este procedimiento único incluye la enterolitotomía, colecistectomía y cierre de la fístula bilioentérica, con la posibilidad de explorar el conducto biliar común.¹⁰⁻¹¹

Candidatos no quirúrgicos: La cirugía es el tratamiento principal para el íleo biliar. Es poco común que un paciente no pueda soportar un tratamiento quirúrgico, pero existen alternativas no quirúrgicas, como la litotricia extracorpórea y electrohidráulica para los cálculos obstructivos en yeyuno, estómago y colon, así como la extracción endoscópica de cálculos biliares en colon y duodeno.¹¹

Morbilidad y mortalidad

La morbilidad y mortalidad asociadas al íleo biliar son significativas, principalmente porque la mayoría de los pacientes son adultos mayores con afecciones médicas graves. La tasa de mortalidad varía entre 4.5 y 25 % en estudios anteriores, y entre 5,5 y 6,7% en investigaciones más recientes. Esto coloca la mortalidad del íleo biliar de 5 a 10 veces por encima de otras causas de obstrucción mecánica del intestino delgado.¹¹ En cuanto, a los síntomas recurrentes, el íleo biliar puede reaparecer en un 4.7 a 17 % de los pacientes que fueron sometidos únicamente a enterolitotomía. Más de la mitad de estas recurrencias se presentan en los primeros seis meses tras la cirugía inicial. Además, un 15 % de los pacientes que no tuvieron una colecistectomía desarrollaron enfermedad sintomática del tracto biliar.¹⁰ Es importante señalar que realizar una colecistectomía junto con la enterolitotomía en un procedimiento único no garantiza que se eviten los episodios recurrentes de íleo biliar. Esto se debe a que los cálculos que permanecen en el conducto biliar común pueden desplazarse y causar obstrucción, y aquellos que no se identifican en el intestino pueden dar lugar a nuevas obstrucciones.¹⁰⁻¹¹

4. CONCLUSIONES

El íleo biliar, aunque poco frecuente, representa una complicación grave de la colelitiasis, afectando principalmente a mujeres mayores y siendo una causa de obstrucción intestinal mecánica. En un caso reportado en un hospital de segundo nivel en Quito, Ecuador, se realizó una exhaustiva revisión del expediente clínico del paciente para detallar su evolución y manejo médico, evaluando antecedentes, exámenes diagnósticos, intervenciones terapéuticas y seguimiento postoperatorio, ofreciendo una visión integral del proceso diagnóstico y terapéutico. Ya que el diagnóstico del íleo biliar se complica debido a la falta de antecedentes de enfermedad biliar en muchos pacientes y generalmente se confirma a través de estudios radiológicos o durante cirugía. El tratamiento quirúrgico, que incluye enterolitotomía y, en algunos casos, colecistectomía, es esencial para aliviar la obstrucción y tratar la fístula bilioentérica. Sin embargo, la morbilidad y mortalidad asociadas a esta condición son elevadas, especialmente en pacientes ancianos con comorbilidades significativas. Las tasas de mortalidad varían entre el 4.5 y 25 %, y las recurrencias del íleo biliar son comunes, especialmente en los primeros seis meses postoperatorios. A pesar de la realización de colecistectomías durante el procedimiento inicial, no se garantiza la prevención de nuevos episodios de obstrucción debido a la posible presencia de cálculos no identificados. La gestión y el enfoque quirúrgico deben adaptarse a las condiciones individuales de cada paciente, considerando su riesgo quirúrgico y estado general de salud.

FINANCIACIÓN

Los autores no recibieron financiación para el desarrollo de la presente investigación.

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran que no existe ningún conflicto de intereses.

CONTRIBUCIÓN DE AUTORÍA

| <i>Participar activamente en:</i> | <i>Autor 1</i> | <i>Autor 2</i> | <i>Autor 3</i> | <i>Autor 4</i> | <i>Autor 5</i> | <i>Autor 6</i> | <i>Autor 7</i> |
|---|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|
| <i>Conceptualización</i> | X | X | | | X | X | |
| <i>Análisis formal</i> | X | | X | | | | X |
| <i>Adquisición de fondos</i> | X | | | X | | | |
| <i>Investigación</i> | X | X | | | X | | X |
| <i>Metodología</i> | | | | | | | |
| <i>Administración del proyecto</i> | X | X | X | | | | |
| <i>Recursos</i> | X | X | X | X | X | | X |
| <i>Redacción –borrador original</i> | X | X | X | X | X | X | |
| <i>Redacción –revisión y edición</i> | X | X | | X | X | | |
| <i>La discusión de los resultados</i> | X | X | X | X | X | X | X |
| <i>Revisión y aprobación de la versión final del trabajo.</i> | X | X | X | X | X | X | X |

REFERENCIAS

- Keaveny AP, Afdhal NH. Íleo biliar. UpToDate. 26 de agosto de 2022. <https://www.uptodate.com>.
- Nuño-Guzmán CM, Marín-Contreras ME, Figueroa-Sánchez M, Corona JL. Gallstone ileus, clinical presentation, diagnostic and treatment approach. *World J Gastrointest Surg.* 2016;8(1):65-76. doi: 10.4240/wjgs. v8. i1.65. Disponible en: <https://www.wjgnet.com/1948-9366/full/v8/i1/65.htm>.
- Gaduputi V, Tariq H, Rahnemai-Azar AA, et al. Íleo biliar con cálculos múltiples: donde la tríada de Rigler se encuentra con el síndrome de Bouveret. *World J Gastrointest Surg.* 2015;7(12):394-7. doi: 10.4240/wjgs. v7. i12.394. Disponible en: <https://www.wjgnet.com/1948-9366/full/v7/i12/394.htm>.
- Takata H, Yoshida H, Hirakata A, Watanabe M, Uchida E. Recurrent Gallstone Ileus Successfully Treated with Conservative Therapy. *J Nippon Med Sch.* 2015;82(6):300-3. doi: 10.1272/jnms.82.300. Disponible en: https://www.jstage.jst.go.jp/article/jnms/82/6/82_300/_article.
- Dumonceau JM, Devière J. Nuevas opciones de tratamiento para el síndrome de Bouveret: una revisión exhaustiva de 61 casos de tratamiento endoscópico exitoso. *Expert Rev Gastroenterol Hepatol.* 2016;10(11):1245-51. doi: 10.1080/17474124.2016.1232284.
- Mir SA, Hussain Z, Davey CA, et al. Tratamiento y evolución del íleo biliar recurrente: una revisión sistemática. *World J Gastrointest Surg.* 2015;7(9):152-8. doi: 10.4240/wjgs. v7. i9.152. Disponible en: <https://www.wjgnet.com/1948-9366/full/v7/i9/152.htm>.
- 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;82(3):248-254. doi: 10.1016/j.rgmx.2016.07.006. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.rgmx.2016.07.006>.
- Balzarini M, Broglia L, Comi G, Calcara C. Large Bowel Obstruction Due to a Big Gallstone Successfully Treated with Endoscopic Mechanical Lithotripsy. *Case Rep Gastrointest Med.* 2015; 2015:798746. doi: 10.1155/2015/798746. Disponible en: <https://doi.org/10.1155/2015/798746>.
- Sahsamanis G, Maltezos K, Dimas P, Tassos A, Mouchasiris C. Bowel obstruction and perforation due to a large gallstone: a case report. *Int J Surg Case Rep.* 2016; 26:193-6. doi: 10.1016/j.ijscr.2016.07.050. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.ijscr.2016.07.050>.
- Martín-Pérez J, Delgado-Plasencia L, Bravo-Gutiérrez A, Burillo-Putze G, Martínez-Riera A, Alarcó-Hernández A, Medina-Arana V. Gallstone ileus as a cause of acute abdomen. Importance of early diagnosis for surgical treatment. *Cir Esp.* 2013;91(8):485-9. doi: 10.1016/j.ciresp.2013.01.021. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.ciresp.2013.01.021>.
- Chuah PS, Curtis J, Misra N, Hikmat D, Chawla S. Pictorial review: the pearls and pitfalls of the radiological manifestations of gallstone ileus. *Abdom Radiol (NY).* 2017;42(4):1169-1175. doi: 10.1007/s00261-016-0996-0. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s00261-016-0996-0>.