

Ileo biliar: diagnóstico y características en pruebas de imagen.

María Ruiz Martín, María Begoña Encinas Gaspar, Nelly Karen Yolanda Ramos Santa Cruz, María Moreno Barrero, Jesús Garzón Ruiz, Blanca Esther Viñuela Rueda. Complejo Asistencial Universitario de Palencia.

- **OBJETIVOS**

-Describir la fisiopatología del íleo biliar. [L I L]
[S E P I S E P I]-Referir los hallazgos radiológicos del íleo biliar.

REVISIÓN DEL TEMA

- **La obstrucción de intestino delgado** es una urgencia diaria en todos los hospitales. El **TC** ha llegado a ser la mejor técnica diagnóstica para establecer su causa. Una de ellas es el ileo biliar, una obstrucción mecánica causada por impactación de litiasis biliares en la luz intestinal, que fue descrita por Bartholin en 1654.
- El principal problema es su elevada frecuencia en personas mayores. Estos pacientes a menudo presentan una historia de colelitiasis o colecistitis previas. Las mujeres se ven más afectadas que los hombres.
- *El diagnóstico por imagen* juega un rol importante en el manejo de pacientes con esta sospecha.
- El *ileo biliar* es una complicación en el 0.3%-0.5% de todos los casos de colelitiasis. El ratio de mujeres:hombres varía de 3:1 a 16:1.
- Un episodio agudo biliar frecuentemente precece el comienzo de un ileo biliar. La hipótesis es que los pacientes padecen colecistitis crónicas o subagudas que conducen a una erosión en el intestino.

- La piedra obstructiva en el ileo biliar habitualmente tiene su origen en la vesícula, aunque algunos casos se han dado en pacientes colectectomizados. La obstrucción intestinal resulta cuando la piedra viaja al tracto gastrointestinal, usualmente a través de una fístula colecistoentérica localizada entre la vesícula y el duodeno e impacta en el ileo terminal. La fístula también conformarse hacia el estómago y la porción transversa del colon.
- Una vez en el tracto gastrointestinal, la piedra puede ser vomitada, puede pasar espontáneamente a través del recto o impactarse y causar obstrucción. El sitio de obstrucción es habitualmente el ileon terminal porque es la porción más estrecha del intestino delgado. La presencia de divertículos, neoplasias o alteraciones intestinales secundarias por ejemplo a enfermedad de Crohn disminuyen la luz intestinal y hacen que la litiasis se impacte con mayor facilidad.
- El tamaño y la morfología son parámetros importantes a considerar. En general se acepta que una piedra debe ser de al menos 2,5cm de tamaño para causar una obstrucción intestinal. Generalmente, las litiasis causan un ileo cuando son únicas, grandes, facetadas y presentan una longitud de entre 2 y 5 cm. Sin embargo, se han reportado litiasis de todo tipo. Cuando las piedras impactan en el ileon hay que saber que puede haber piedras adicionales en el intestino proximal.

- **HALLAZGOS RADIOLÓGICOS** ^[L]_[SEP]

Los **signos radiológicos** que pueden hallarse en el íleo biliar se dividen en:

- signos primarios: litiasis biliar ectópica
- signos secundarios: neumobilia y obstrucción intestinal

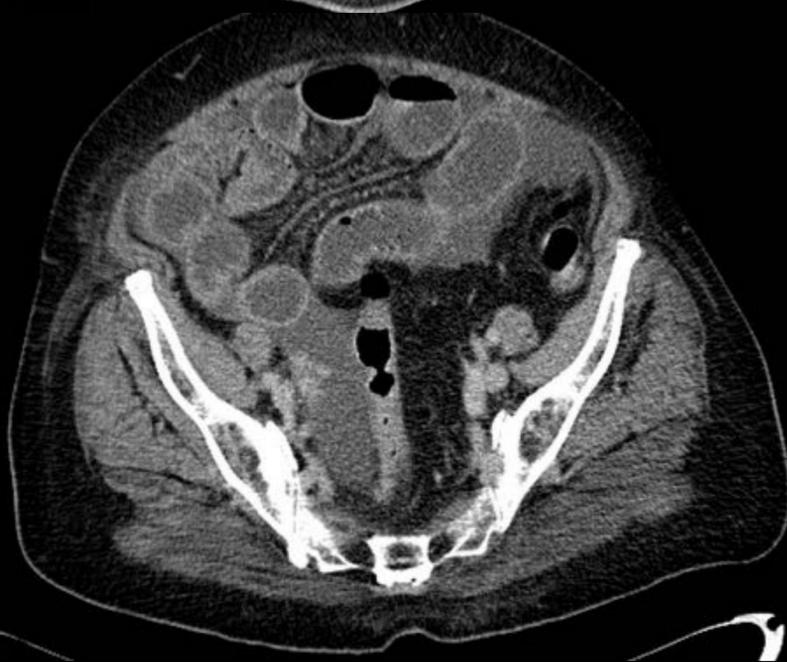
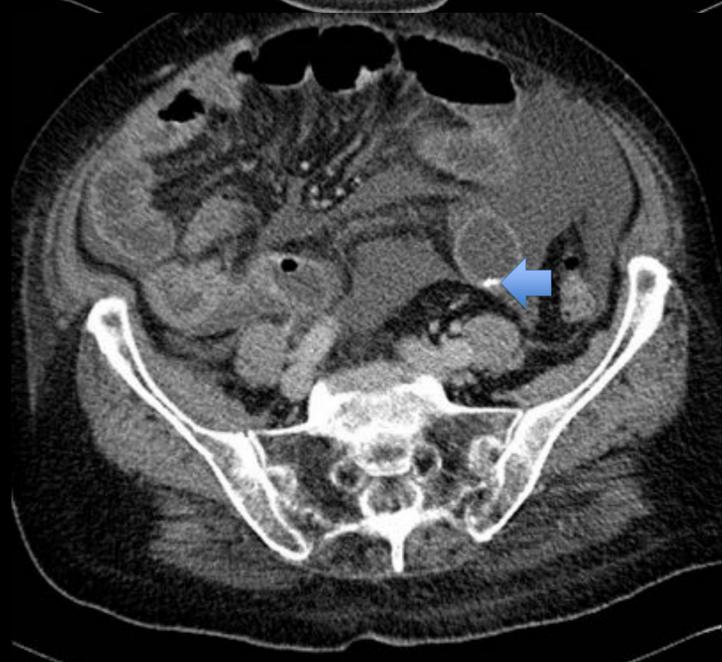
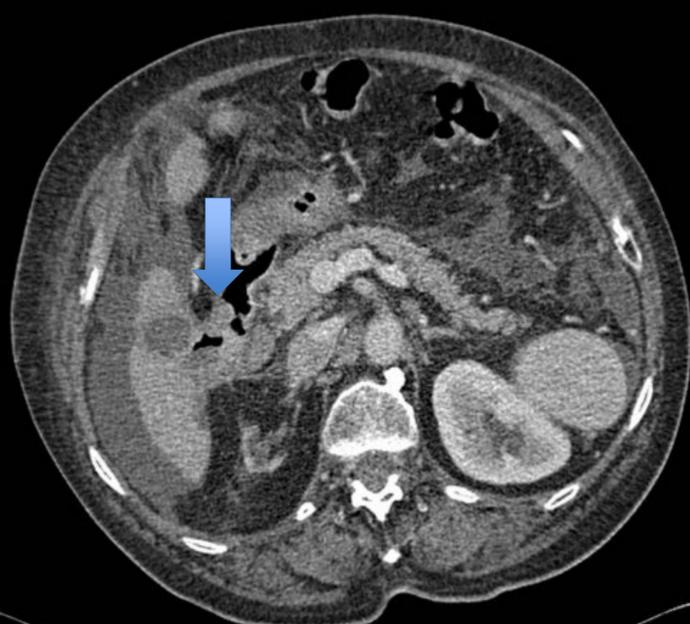
La **tríada de Rigler** incluye los tres signos descritos y en este caso tenemos un diagnóstico definitivo, pero es infrecuente que tengamos los tres signos. Se debe sospechar la existencia de íleo biliar en presencia de litiasis biliar ectópica de forma aislada o bien por la presencia conjunta de neumobilia .

Aunque la radiología simple de abdomen puede en ocasiones establecer el diagnóstico, a menudo la RX simple de abdomen en fases iniciales es normal. En caso de que se realicen radiografías seriadas, es posible

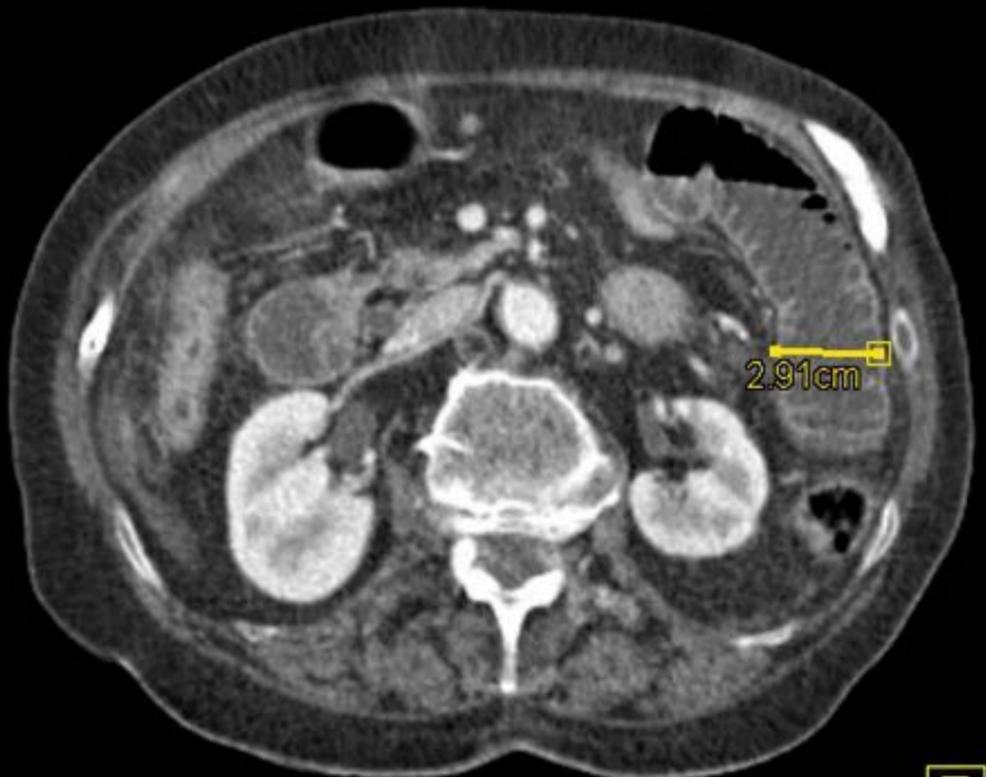
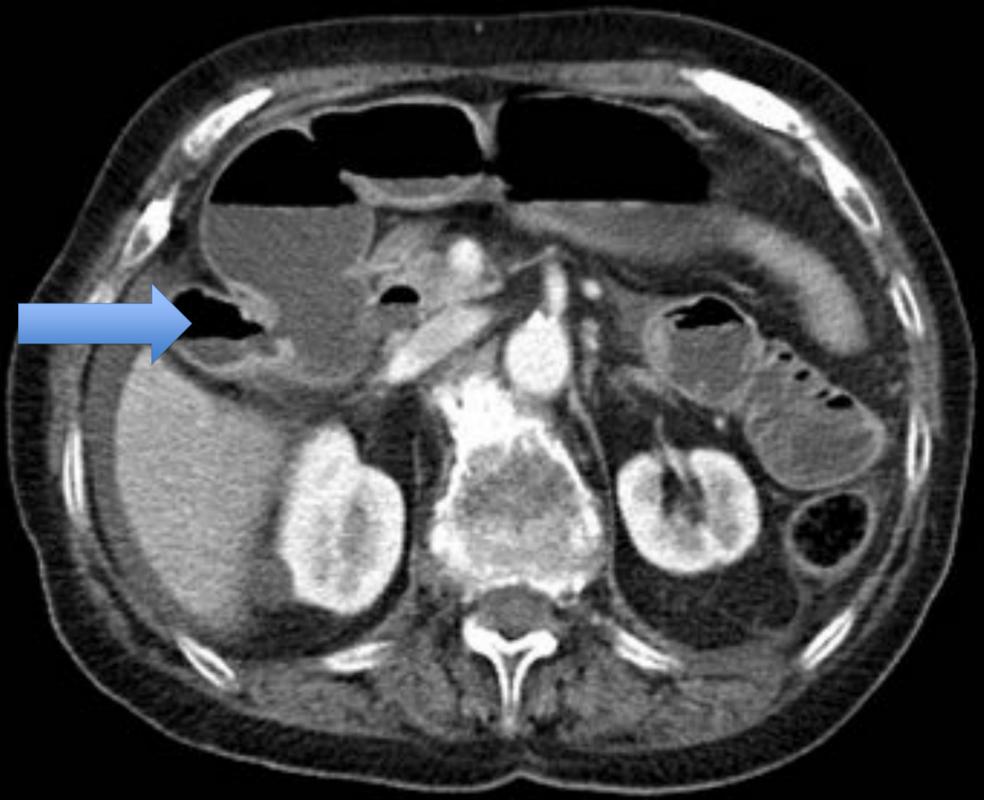
Los ultrasonidos y sobre todo el **TC multidetector** el que permite establecer un diagnóstico rápido basándonos en los signos descritos, ya que el TC:

- *Confirma el diagnóstico* ^[L]_[SEP] *Caracteriza la severidad de la obstrucción intestinal -Identifica el punto de transición* ^[L]_[SEP]
Detecta las complicaciones

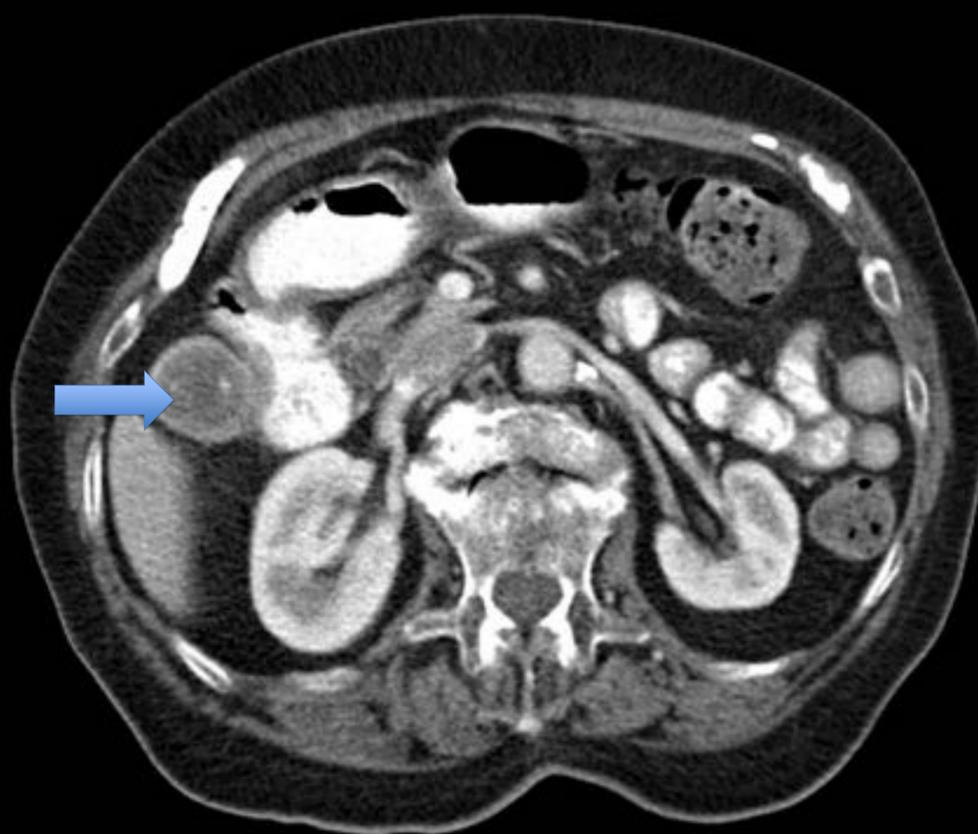
Además el TC permite evidenciar las piedras intraluminales, su tamaño en todos los planos ortoganales y su número.



Paciente que acude por distensión abdominal. En la radiografía de abdomen se evidencia dilatación de asas de intestino delgado. Este hallazgo es confirmado mediante el TC, donde también se identifica una fístula vesículo-duodenal y litiasis en ileon. El marco cólico presenta un calibre normal. Hallazgos compatibles con ileo biliar.



GEGEK



En el TC se evidenciaba una litiasis en la luz yeyunal como causante del cuadro obstructivo.

La imagen inferior corresponde a un estudio previo de la misma paciente, donde se identifica la misma litiasis en el interior de la vesícula.

seram 34

Sociedad Española de Radiología Médica

Congreso Nacional

**PAMPLONA 24 MAYO
27 2018**

Palacio de Congresos Baluarte

23 mayo Cursos Precongreso

- RECURRENCIA

El ileo biliar recurrente se define como una obstrucción mecánica secundaria a oclusión intestinal por un cálculo biliar que estaba presente pero que no era obstructivo en el momento del episodio previo, o bien que es secundario al paso de nuevas piedras a través de una fístula no tratada quirúrgicamente.

La morfología ha sido un factor predictor en la recurrencia del ileo biliar. Si las litiasis son redondas o facetadas, cabe esperar multiplicidad de las litiasis y deberíamos alertar sobre la posibilidad de piedras remanentes. Con una piedra redonda es suficiente con dar un diámetro, mientras que si es irregular, debería ser medida en todas sus dimensiones. La correcta evaluación del tamaño es porque piedras menores de 2 cm pueden no ser inocuas. Puede aumentar de tamaño, descender hacia el intestino y producir un espasmo reflejo y un vólvulo.

En cuanto al tratamiento, no existe un consenso. Se puede realizar:

- a) Enterolitotomía simple.
- b) Enterolitotomía, colecistectomía y cierre de fístula.
- c) Enterolitotomía y colecistectomía en un segundo tiempo.

En algunos casos puede ser necesaria la resección intestinal.

- **CONCLUSIONES**

- Es importante detectar una piedra que podría causar ileo antes de que se evidencia obstrucción de intestino delgado. Cualquier retraso en el diagnóstico y tratamiento puede conducir a complicaciones tales como desbalances electrolíticos, lesiones isquémicas, úlceras intestinales, formación de abscesos y ocasionalmente perforación y peritonitis.
- El ileo biliar es una patología infradiagnosticada. Conocer mejor sus características permite una mayor seguridad diagnóstica y terapia precoz que ayudaría a evitar un retraso preoperatorio y evitaría cirugías innecesarias en pacientes en los que la piedra pase espontáneamente.
- El TC puede añadir más información a los hallazgos en imagen asociados al ileo biliar. Además de a triada radiológica de Rigler, permite la detección de la localización exacta de la litiasis ectópica y el punto de obstrucción, así como la visualización directa de la fístula bilioentérica. Estos hallazgos serán de ayuda a los clínicos en su manejo terapéutico.

- **BIBLIOGRAFÍA:**

- Abou-Saif A, Al-Kawas FH. Complications of gallstone disease: Mirizzi syndrome, cholecystocholedochal fistula, and gallstone ileus. *Am J Gastroenterol* 2002; 97: 249-254 [PMID: 11866258 DOI: 10.1111/j.1572-0241.2002.05451.x]
- Furukawa A, Yamasaki M, Furuichi K, et al. Helical CT in the diagnosis of small bowel obstruction. *Radiographics* 2001; 21:341–355 .
- Lassandro R, Gagliardi N, Scuderi M, Pinto A, Gatta G, Mazzeo F. Gallstone ileus: analysis of radiological findings in 27 patients. *Eur J Radiol* 2004; 50:23–29 .
- Yantunde AA, Agrawal A. Gallstone ileus: diagnosis and management. *World J Surg* 2007; 31: 1292-1297 [PMID: 17436117 DOI: 10.1007/s00268-007-9011-9]