



ABDOMEN AGUDO SECUNDARIO A ÍLEO BILIAR

Montserrat Garrido Blázquez¹, Olga Montesinos Sánchez-Girón¹, Iria Álvarez Silva¹, Diana Oquillas Izquierdo¹, Francisco Javier Rodríguez Recio¹, Belén García Granda²

¹C.A Segovia, Segovia, ² HM Sanchinarro, Madrid.



Objetivo docente

Describir los hallazgos radiológicos del íleo biliar mediante revisión bibliográfica y con casos de nuestro hospital.



Revisión del tema

- El íleo biliar es una causa rara de obstrucción intestinal, su incidencia aumenta en pacientes de edad avanzada y afecta con mayor frecuencia a mujeres. Se presenta en menos del 4% de los pacientes menores de 65 años, pero se incrementa hasta un 25% en los pacientes mayores de 65 años.
- Se produce por migración de una o más litiasis biliares, puede obstruir cualquier parte del tracto gastrointestinal, pasando a través de una fístula enterobiliar. La fístula aparece cuando hay episodios recurrentes de colecistitis aguda, generando una amplia inflamación y adhesiones entre la vesícula biliar y el tracto digestivo. El lugar más frecuente en donde se forman las fístulas es entre la vesícula biliar y el duodeno, representando el 85%, el 15% son fístulas hepatoduodenales,coledocoduodenales, colecistogástricas, colecistoyeyunales y colecistocolónicas.



Revisión del tema

- El tamaño del cálculo debe de medir por lo menos 2 cm de diámetro para causar obstrucción. El sitio más frecuente de obstrucción es el íleon, se han descrito otras localizaciones como el duodeno, conocido como el síndrome de Bouveret (3-5%), yeyuno (15-31%) y colon (5-8%) de los casos.
- Los síntomas clínicos varían presentando distensión abdominal, dolor, vómitos, ausencia de peristalsis, también pueden presentar ictericia. La exploración física y las pruebas de laboratorio no señalan a una causa particular de obstrucción intestinal, hay que sospechar íleo biliar cuando un paciente mayor presenta la tríada de Mordor (antecedente de litiasis biliar, signos de colecistitis agudas y aparición repentina de obstrucción intestinal). Sin embargo hay que pensar en otras causas de obstrucción intestinal más comunes: bridas, incarceration de hernia, tumores.



Revisión del tema

PRUEBAS DE IMAGEN. RADIOGRAFÍA DE ABDOMEN

- Para el diagnóstico por imagen suele iniciarse con radiografía de abdomen en supino y a veces se completa en bipedestación.
- Tiene una sensibilidad de diagnóstico del 40-70%.
- El criterio diagnóstico se denomina tríada de Rigler, consiste en la presencia de cálculos radiopacos (presentándose en menos del 10% de los casos), neumobilia (signo de Gotta-Mentschler) y distensión de las asas intestinales.

Revisión del tema

PRUEBAS DE IMAGEN. ECOGRAFÍA DE ABDOMEN

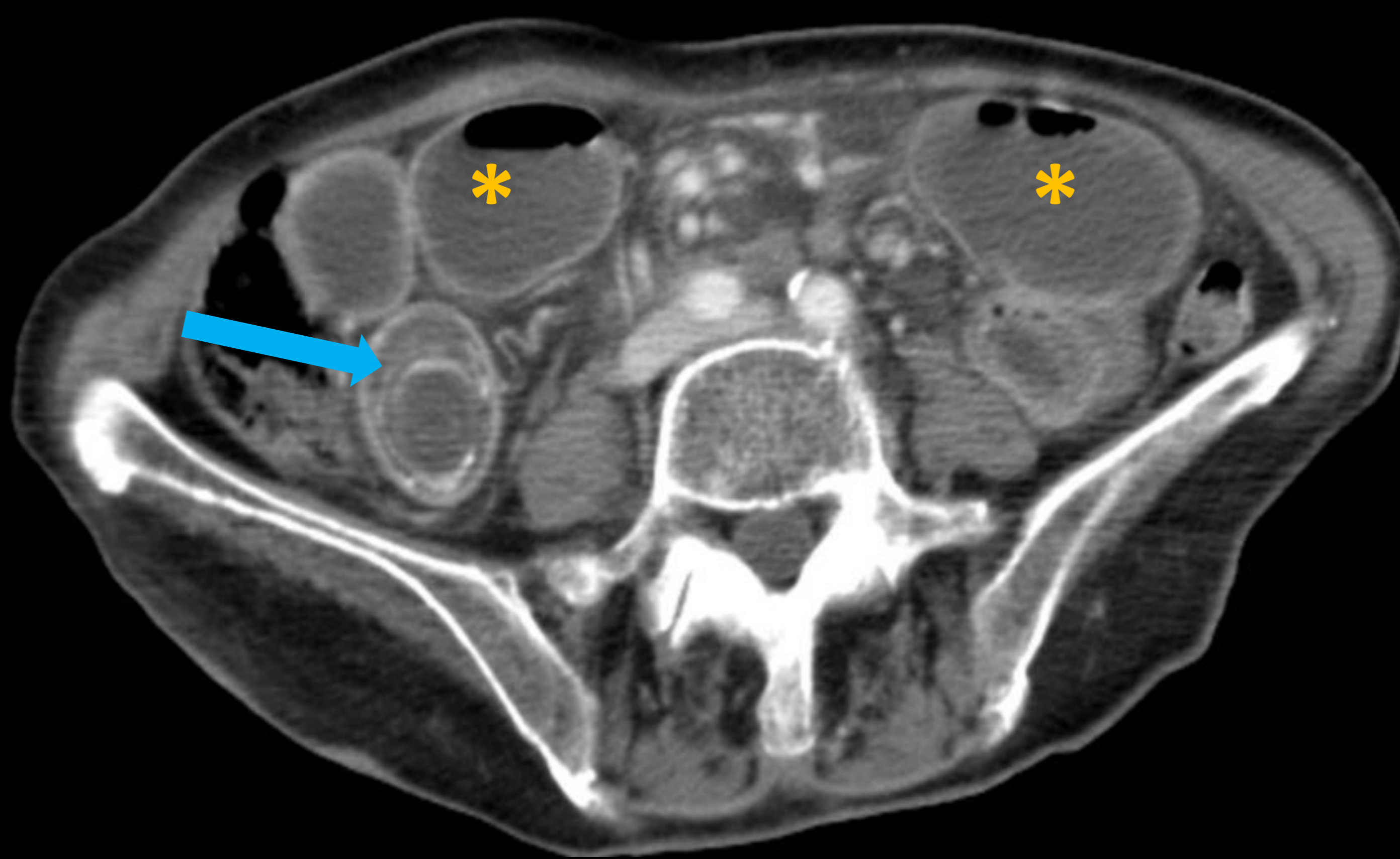
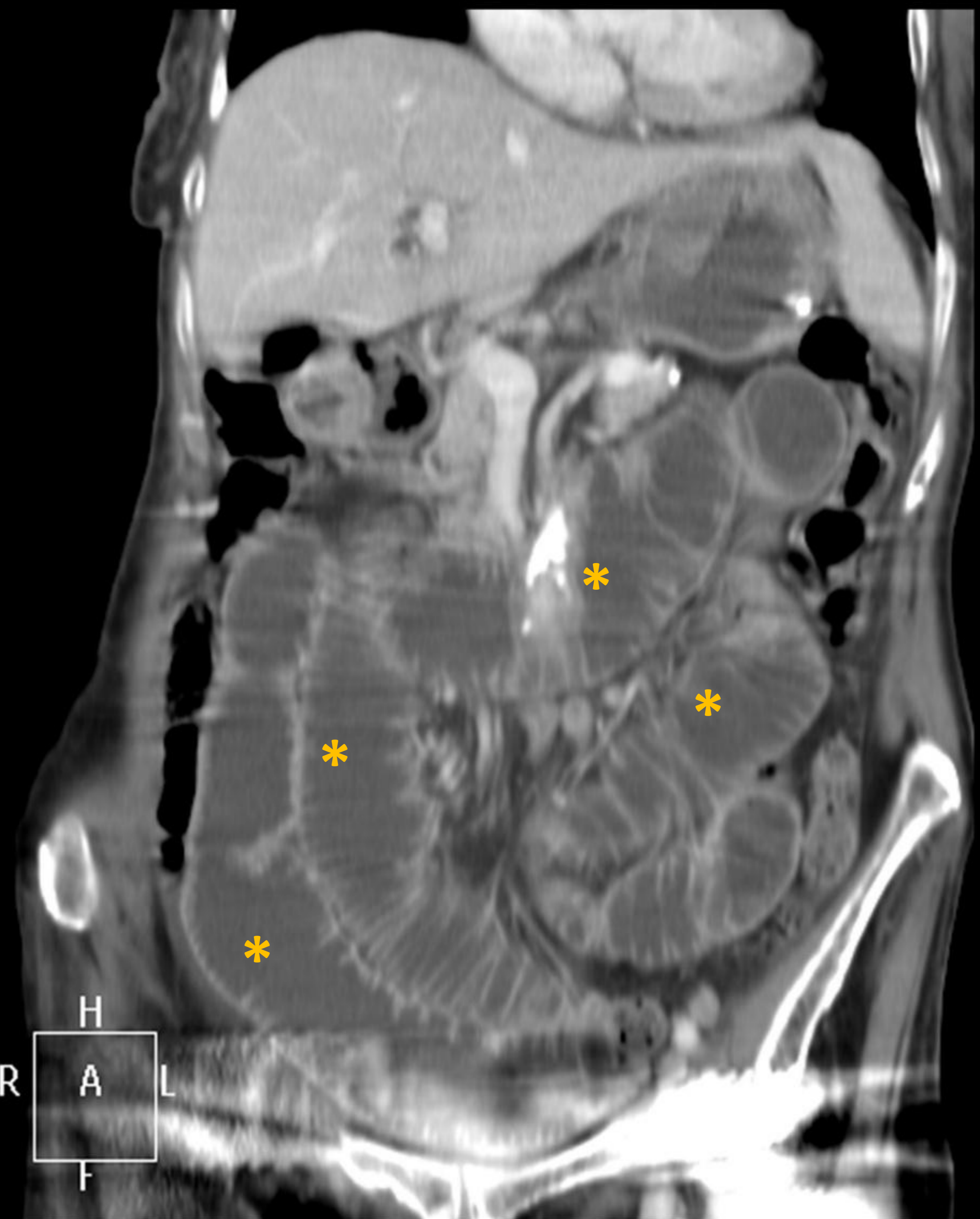
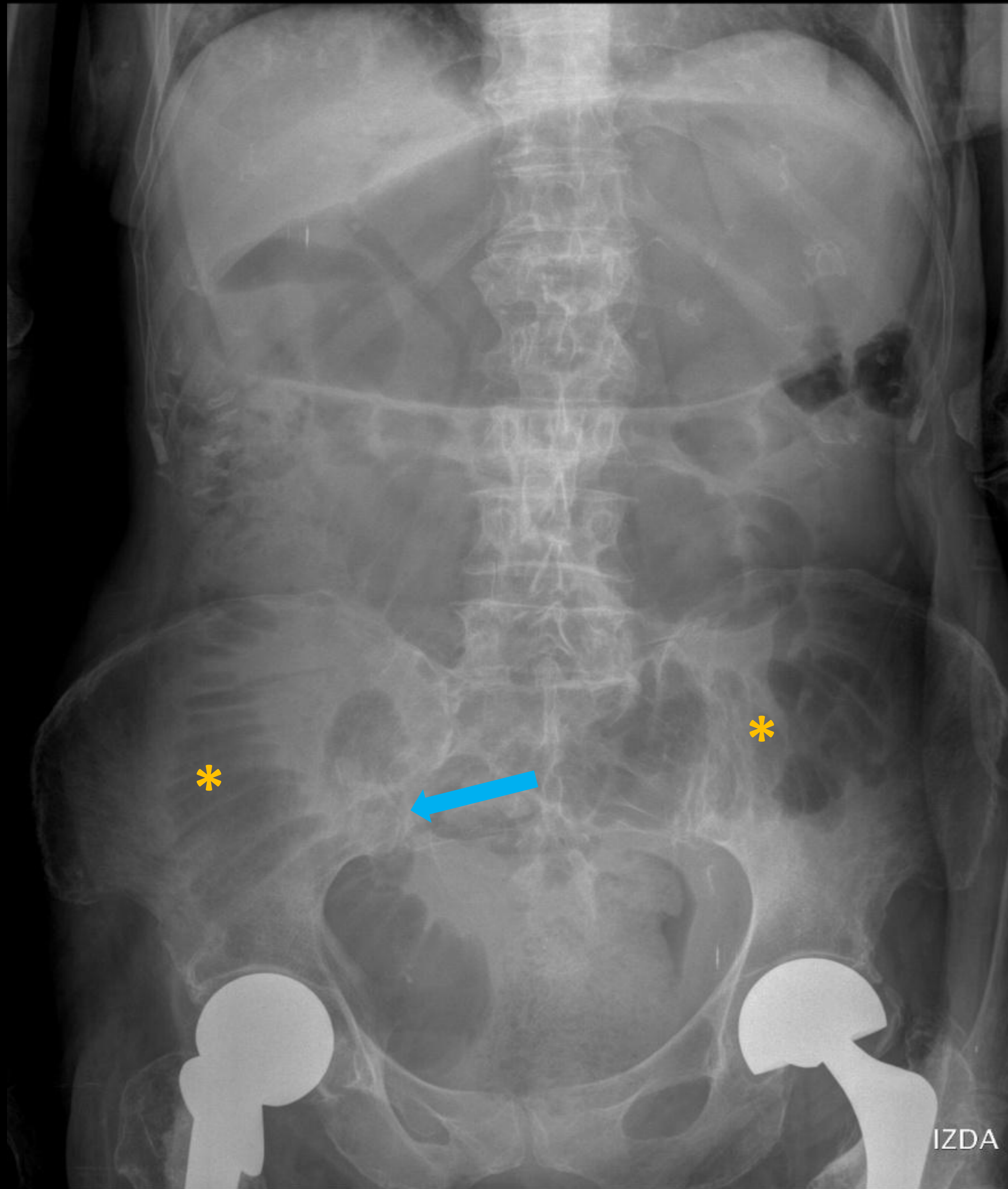
- Mediante ecografía abdominal se puede localizar el cálculo en un segmento de intestino.
- Se puede demostrar la fístula enterobiliar.
- Visualizar aire en el interior de las vías biliares y de la vesícula biliar.



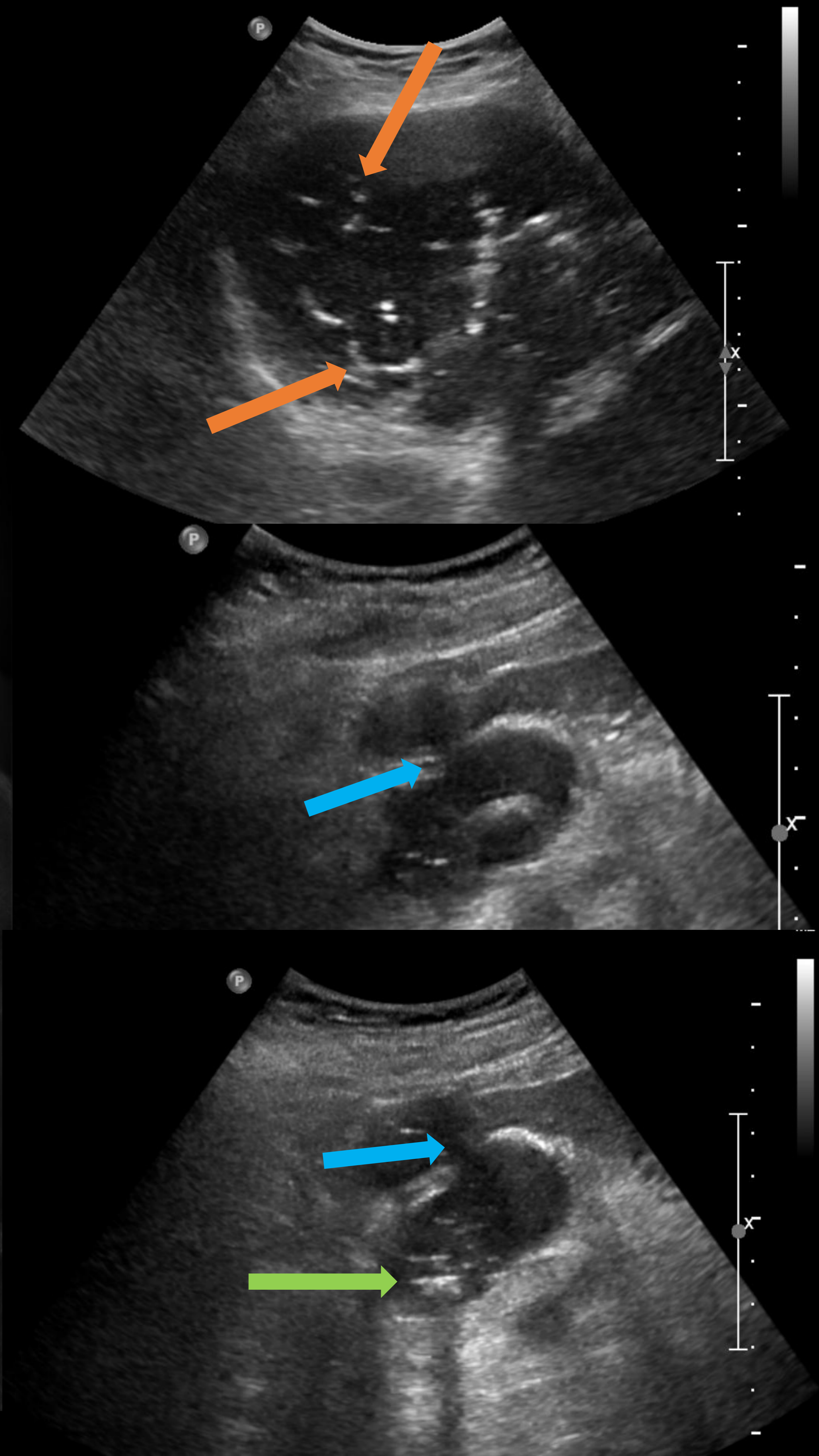
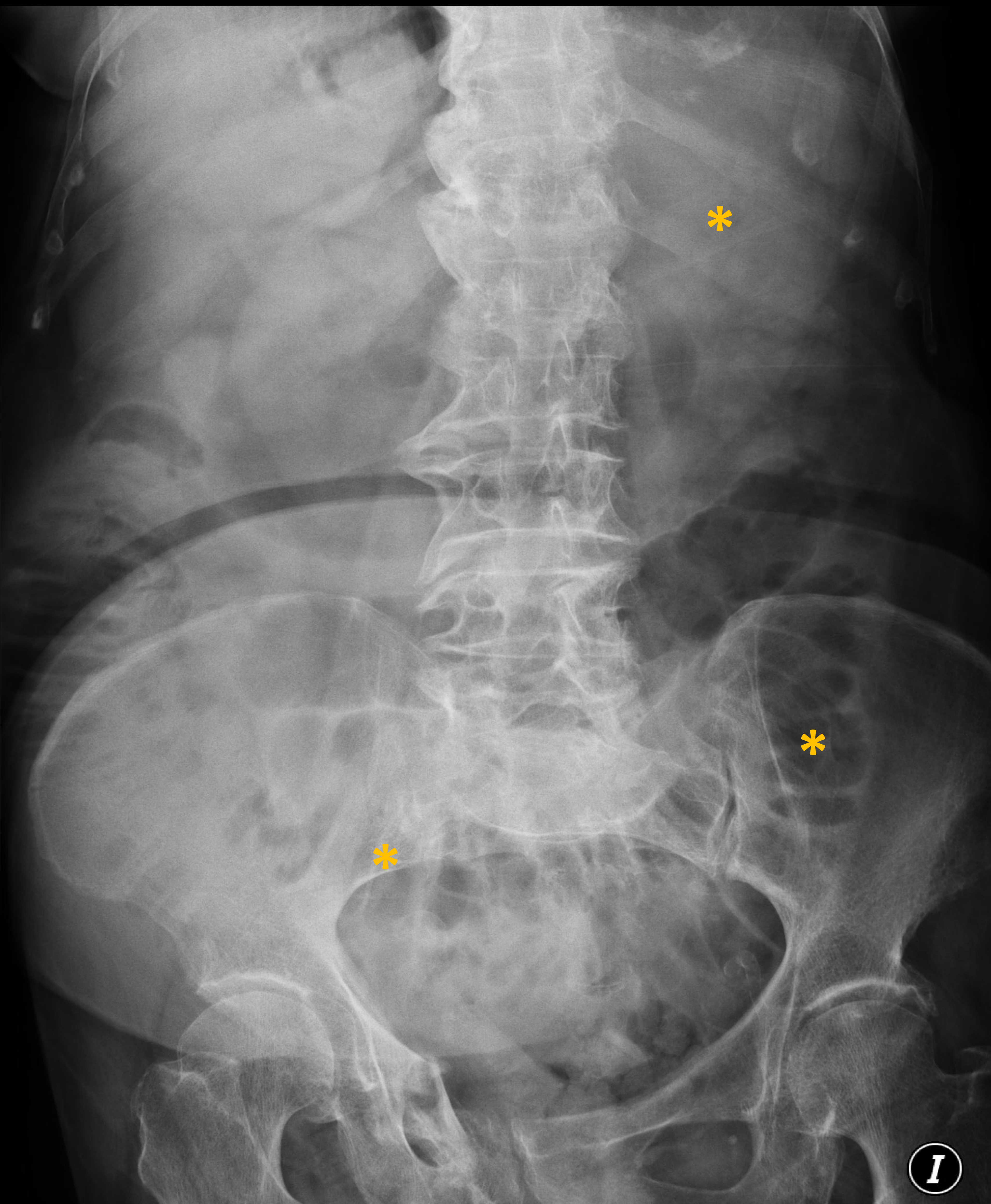
Revisión del tema

PRUEBAS DE IMAGEN. TOMOGRAFÍA COMPUTERIZADA

- Es la técnica de imagen más sensible y específica (mayor del 90%), puede demostrar la presencia de fístula bilioentérica y la cantidad de litiasis que han migrado a la luz intestinal.
- Además permite determinar el lugar anatómico exacto de impactación del cálculo biliar, importante en la planificación quirúrgica, pudiendo realizar reconstrucciones multiplanares.
- En muchos casos son estudios realizados sin contraste intravenoso debido a pacientes de edad avanzada con insuficiencia renal.



Mujer de 82 años con vómitos de varios días de evolución e intolerancia digestiva. En la **radiografía** de abdomen se aprecia dilatación gástrica y de asas de intestino delgado (*) e imagen radiodensa en FID (flecha azul). En la **TC** con imágenes axiales y coronal se identifica la obstrucción a nivel del íleon terminal, producido por migración del cálculo (flecha azul) al tubo digestivo, con presencia de aerobilia (flecha amarilla) secundaria a fístula colecistoentérica.



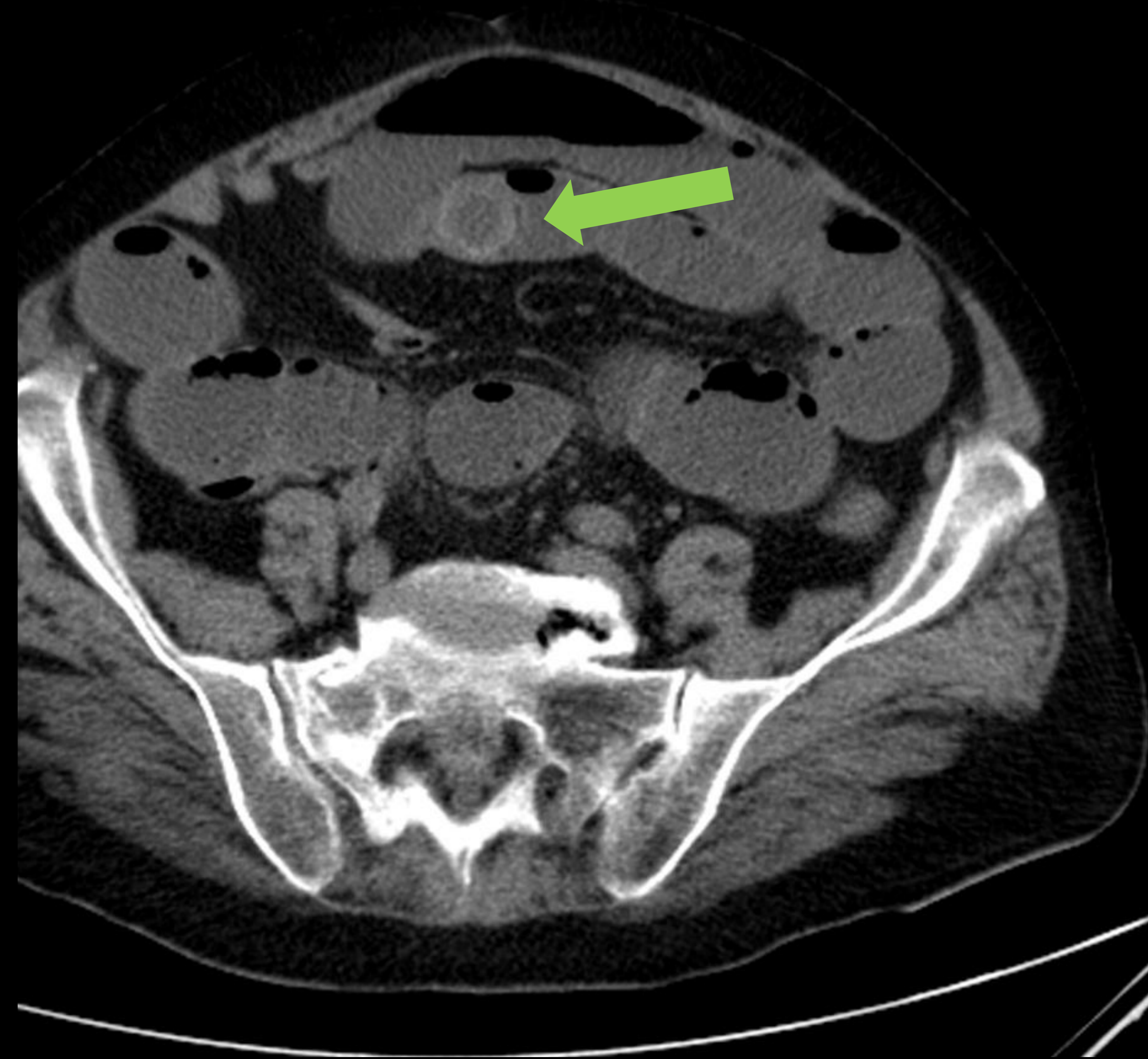
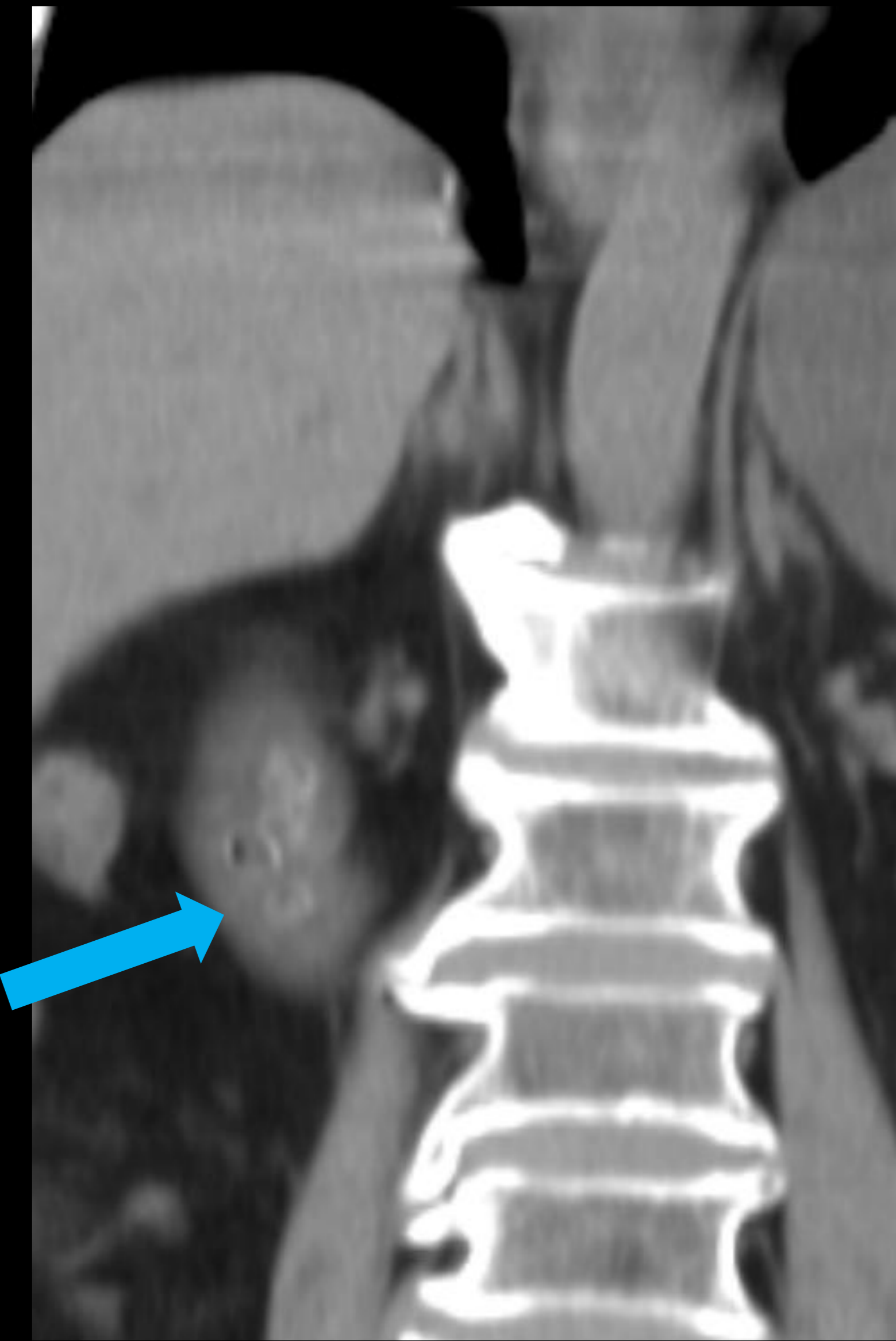
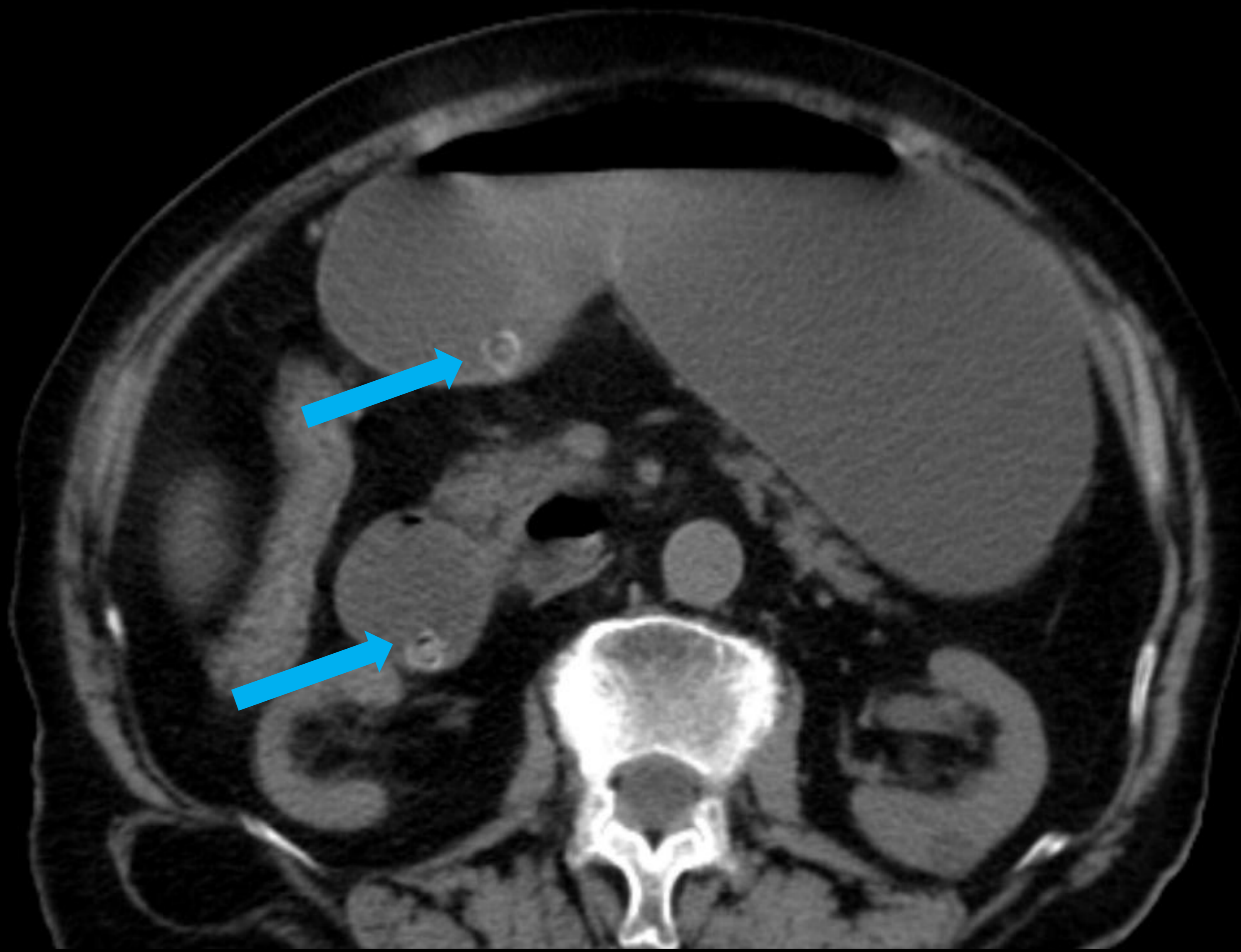
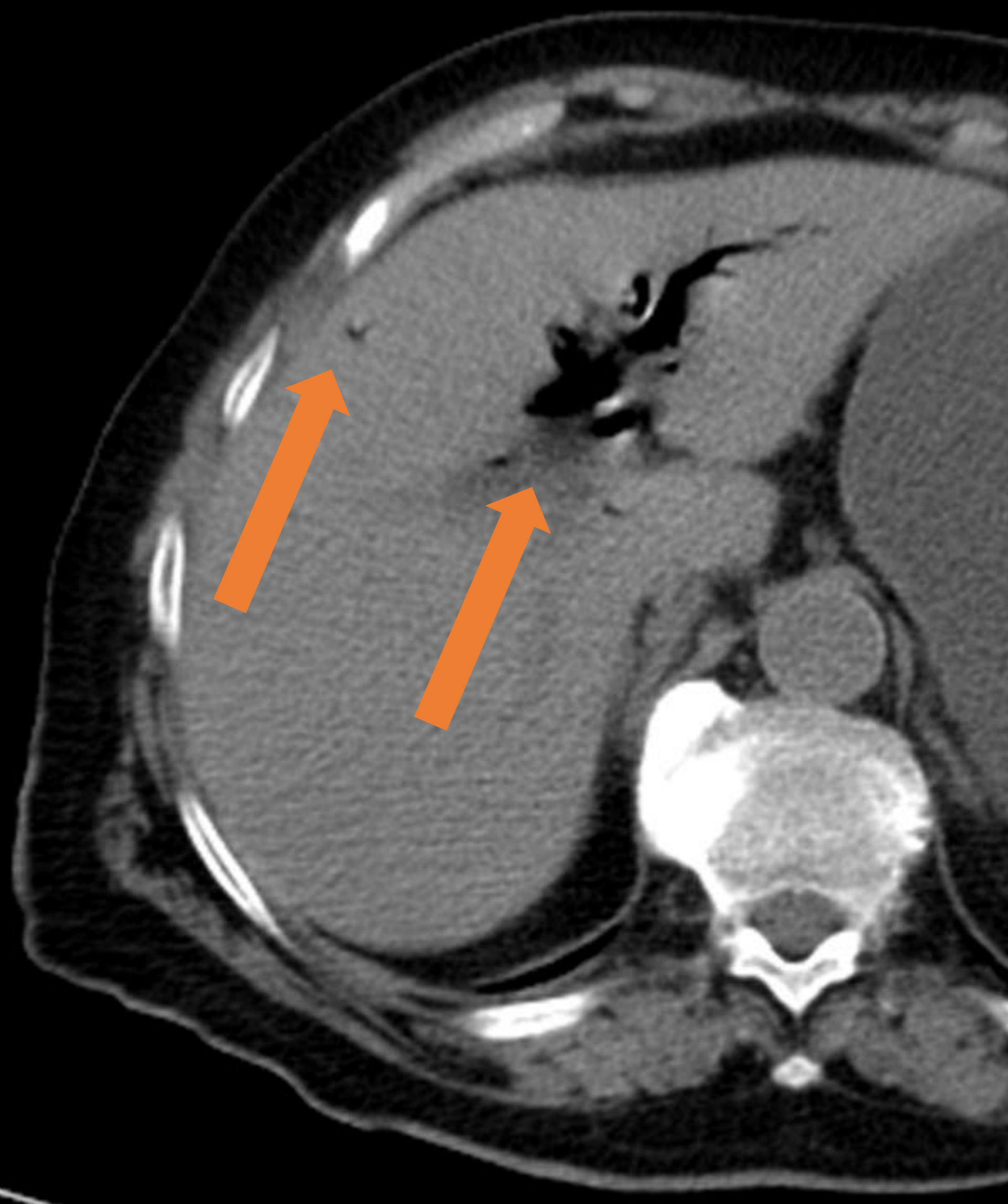
Mujer de 83 años que acude por dolor abdominal de moderada intensidad, vómitos biliosos. A la exploración abdomen doloroso a la palpación y ruidos hidroaéreos disminuidos. Murphy positivo.

En la radiografía de abdomen se aprecia dilatación gástrica con contenido líquido y dilatación de asas de intestino delgado (*).

En la **ecografía** se visualizan imágenes ecogénicas en el trayecto de la vía biliar intrahepática compatible con aerobilia (flechas naranjas).

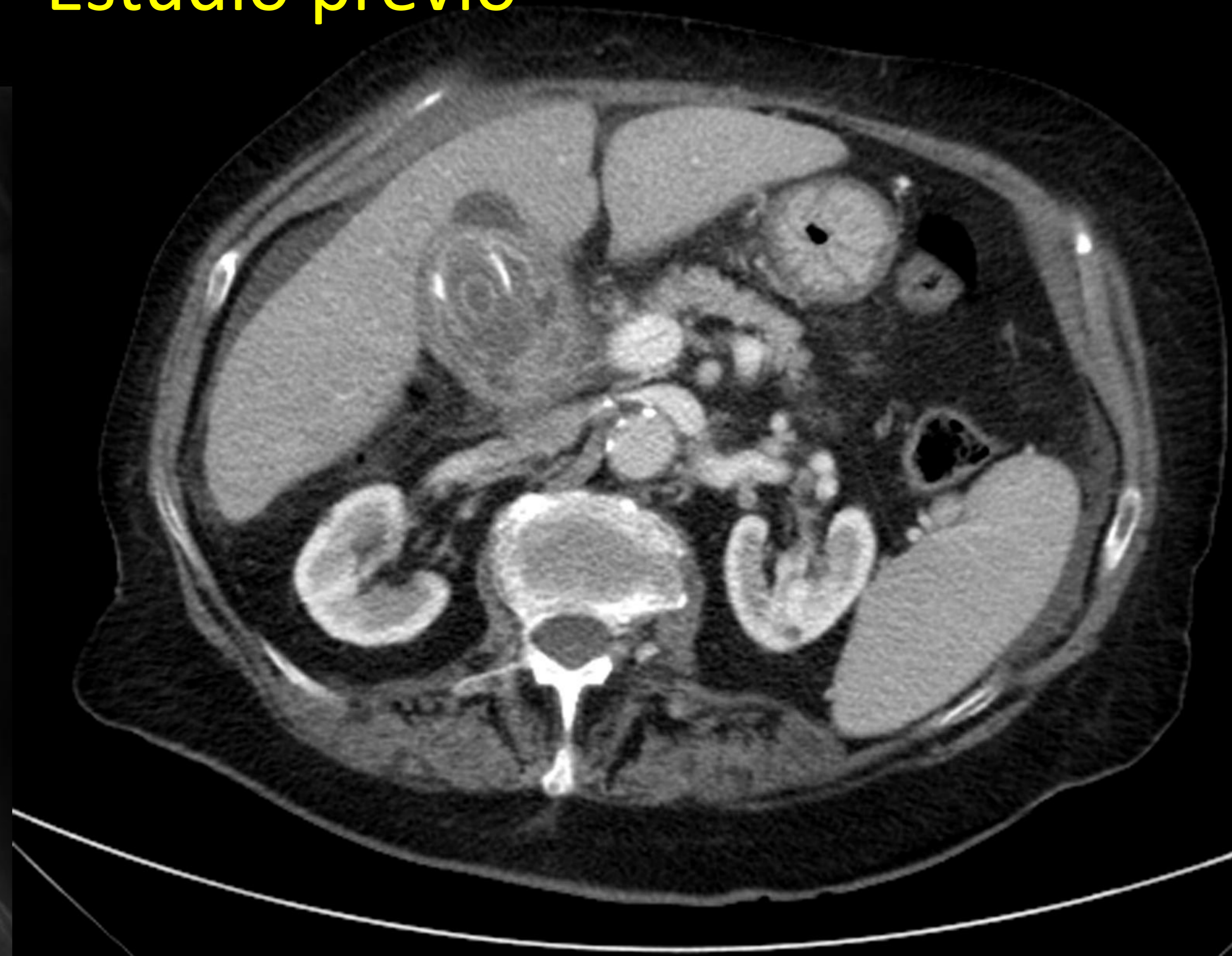
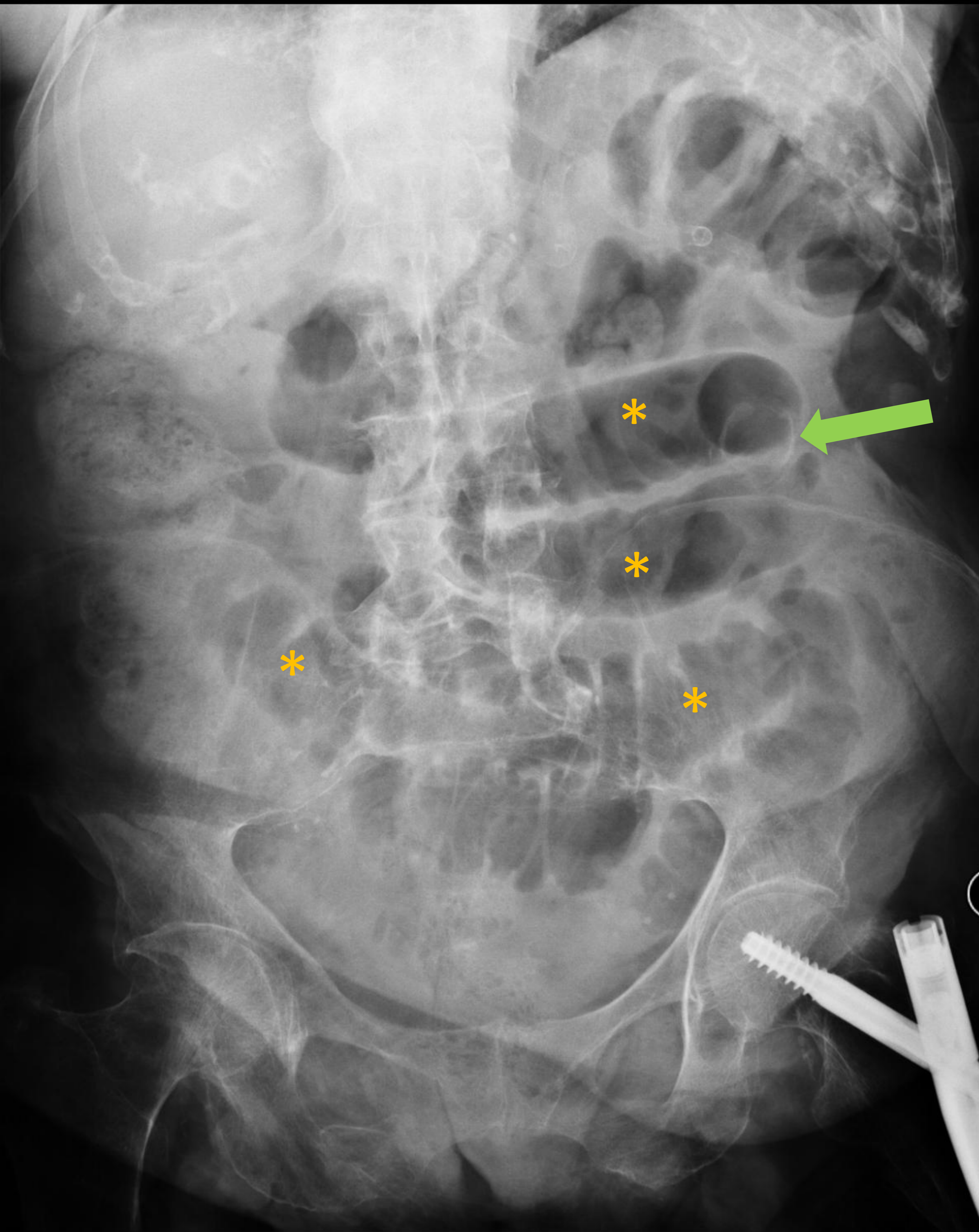
Se identifica un trayecto fistuloso (flecha azul) que comunica la vesícula biliar y duodeno.

Se observan múltiples imágenes ecogénicas con sombra sónica posterior (flecha verde) en duodeno, corresponden a cálculos biliares.



TC del paciente anterior (sin contraste). Se observa la aerobilia (flecha naranja) y las múltiples litiasis biliares (flechas azules) a lo largo del tracto intestinal (mayor número en duodeno). Obstrucción intestinal con dilatación de asas de intestino delgado (*) que se encuentra dilatado hasta una porción del íleon donde se observa una litiasis de mayor tamaño (flecha verde), a partir de la cual se produce un cambio del calibre intestinal.

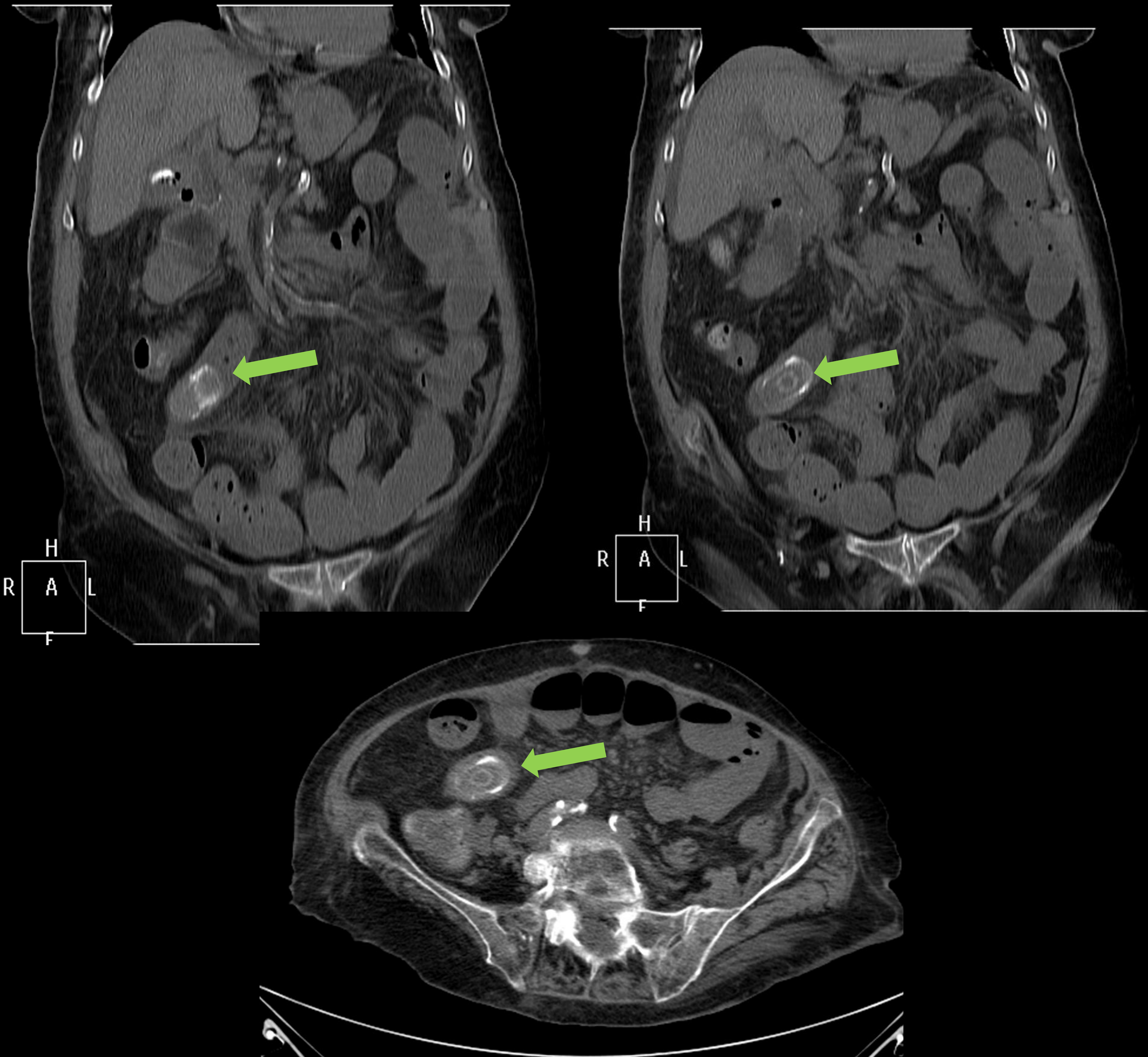
Estudio previo



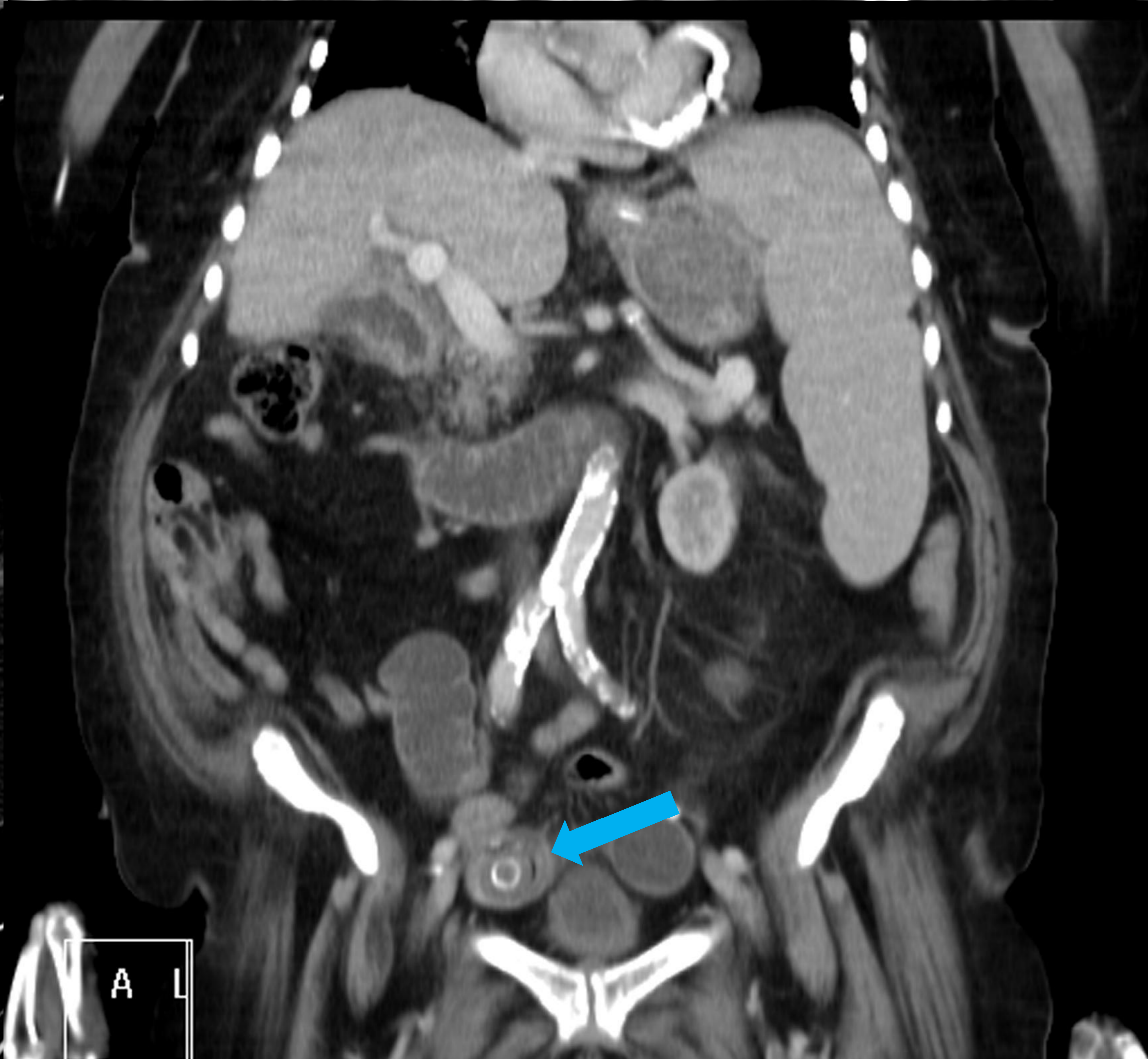
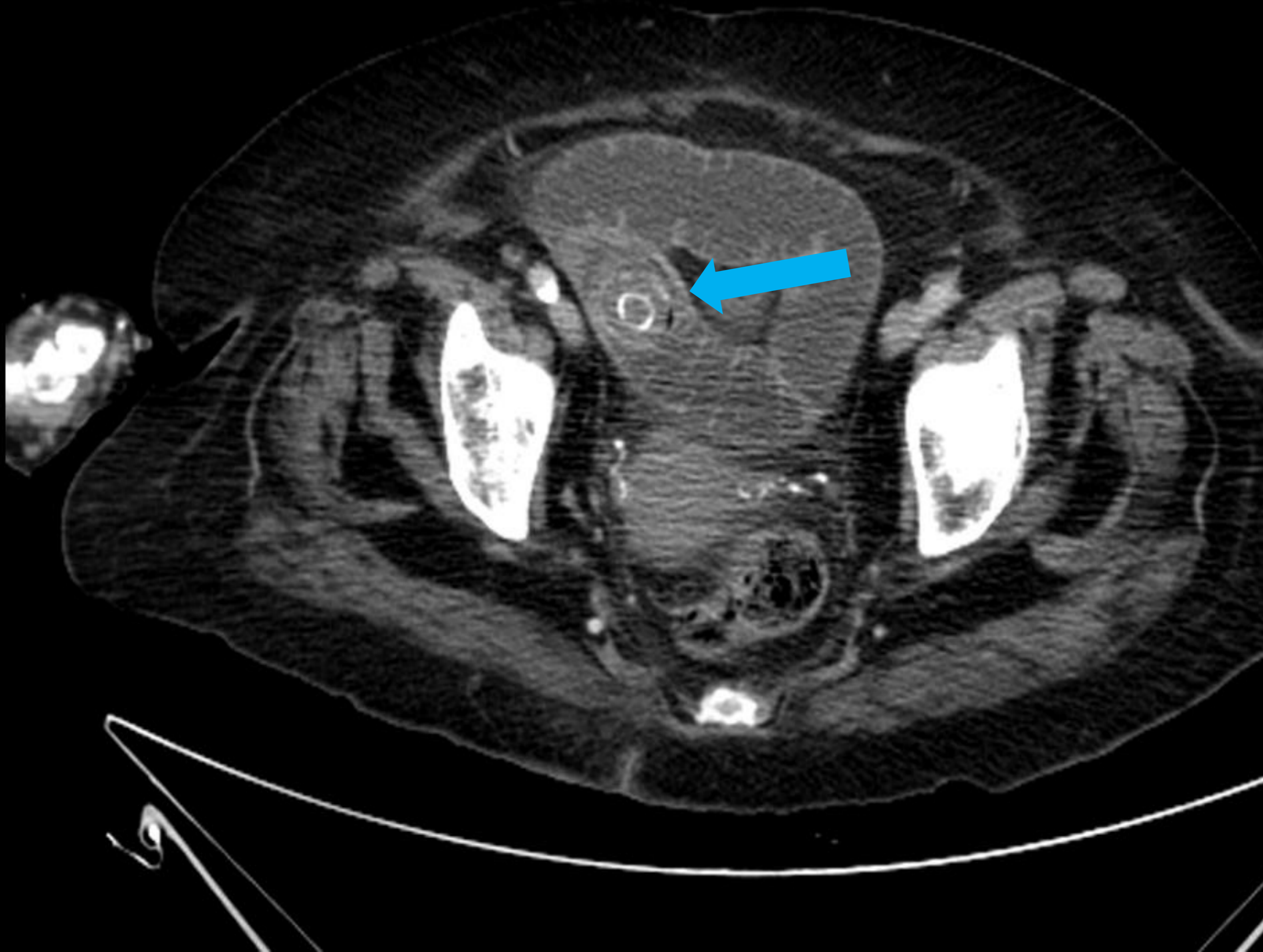
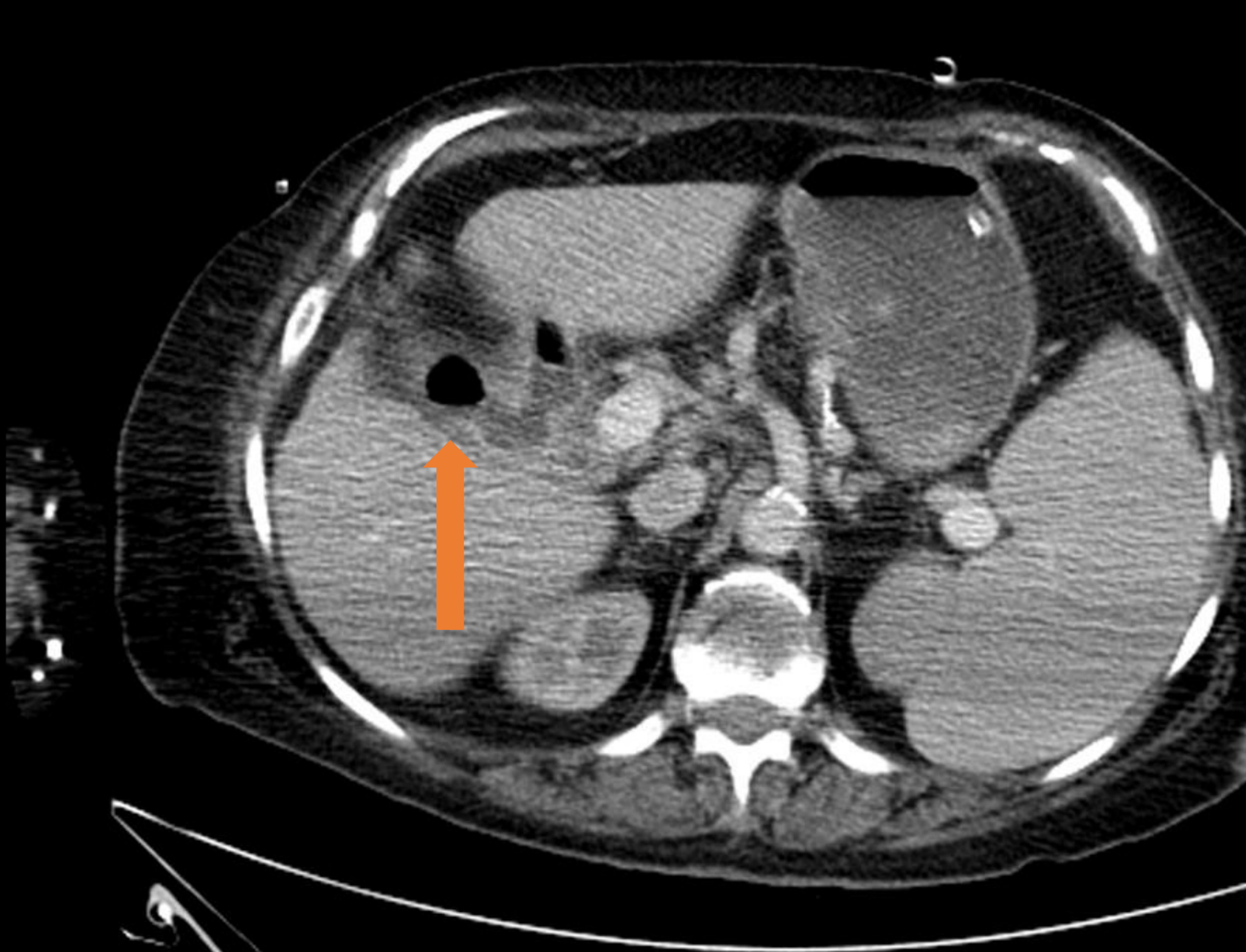
Mujer de 90 años que ingresada de tres días por cuadro oclusivo sin mejoría. Refiere dolor abdominal difuso de meses de evolución, en los últimos 7 días asociado a náuseas y episodio de vómitos alimenticios y distensión abdominal. Descartar obstrucción mecánica.

En la radiografía de abdomen dilatación de asas de intestino delgado (*). Imagen radiodensa en flanco izquierdo (flecha verde).

Presenta estudio previo por antecedentes de colecistitis litiásica (TC). Se realiza **TC sin contraste** por insuficiencia renal. Identificando litiasis y gas en el interior de la vesícula biliar (flecha azul) y líquido perihepático.

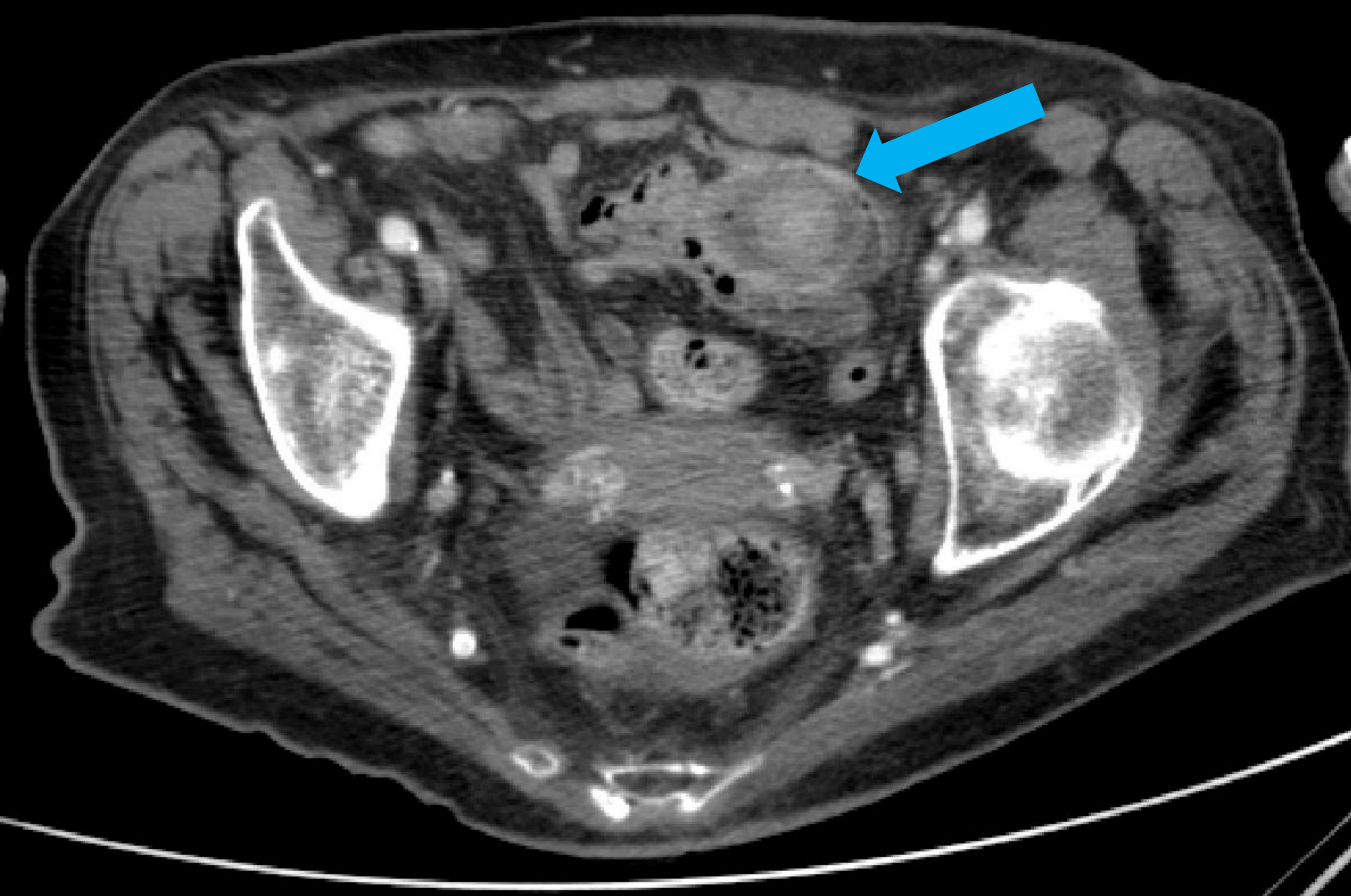
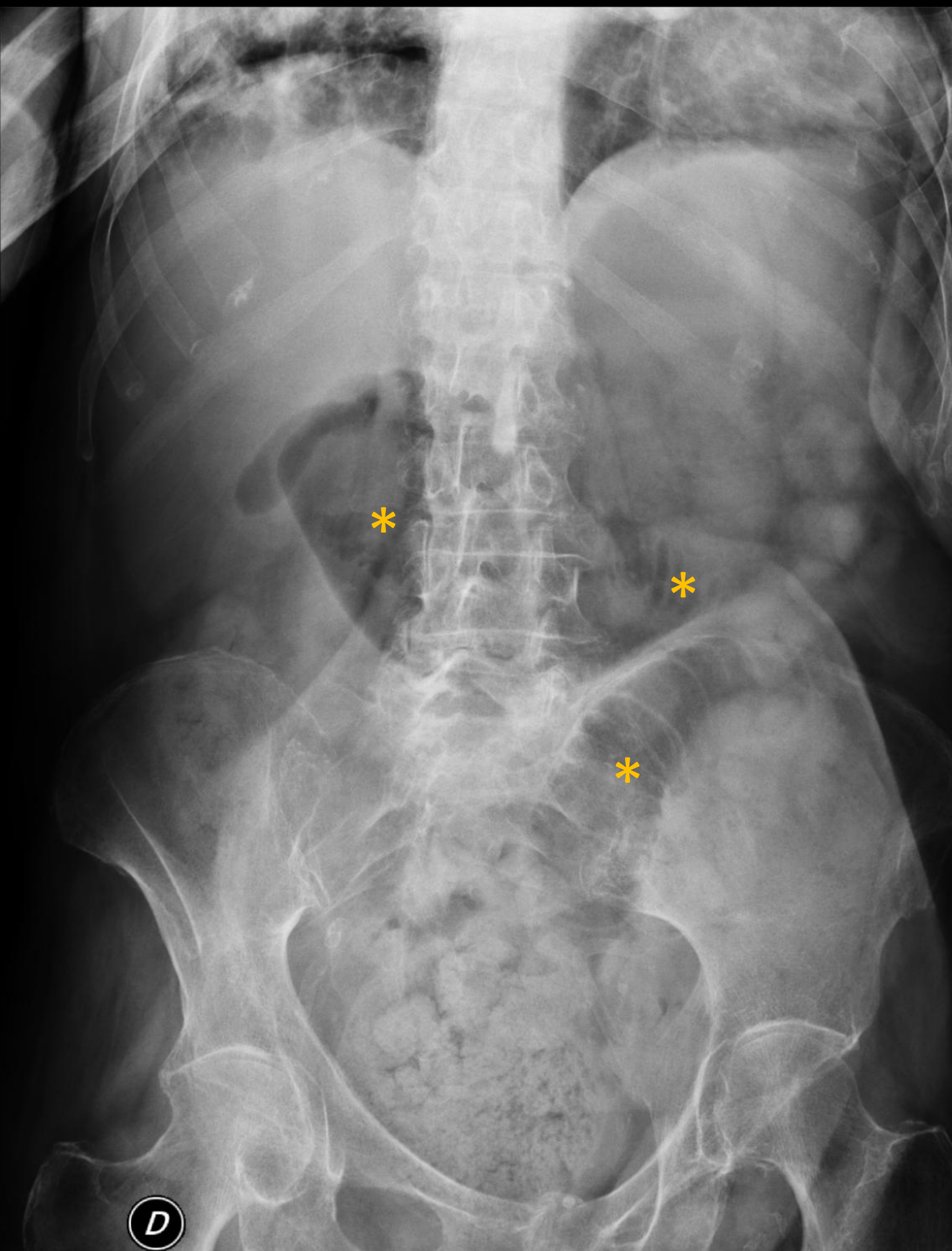


Reconstrucciones coronales e imagen axial del caso anterior visualizando dilatación de asas de intestino delgado secundario al cálculo biliar localizado en asa ileal.



Mujer de 86 años con cuadro de vómitos biliosos de 3 días de evolución y ausencia de deposición. No dolor abdominal. EF: abdomen no distendido, no hernias. SNG: 1000 cc contenido biliar.

TC con contraste intravenoso. Imágenes axiales y reconstrucciones coronales. Se observa aire en el interior de vesícula biliar (flecha naranja), dilatación de asas yeyunales con litiasis biliar en el interior de asa localizado en pelvis menor (flecha azul) y otra litiasis de menor tamaño en duodeno (flecha verde). Esplenomegalia.



96 años de edad ingresada por cuadro de vómitos alimenticios copiosos, sin otra sintomatología.

Rx de abdomen con dilatación gástrica y de asas de intestino delgado (*). **TC** con contraste intravenoso. Imágenes axiales, se observa aire en el interior de vesícula biliar (flecha verde), dilatación gástrica y de asas intestinales con litiasis biliar en el interior de asa localizado en pelvis menor (flecha azul).



Revisión del tema

- La tasa de mortalidad asociada al íleo biliar es del 12 al 27%, y la tasa de morbilidad alcanza un 50%, debido a la edad mayor de los pacientes, a las patologías asociadas (usualmente graves), al ingreso hospitalario tardío y al retraso en el tratamiento terapéutico.
- El tratamiento es quirúrgico y debe estar dirigido a la obstrucción intestinal mediante la extracción del cálculo a través de una enterotomía y secundariamente colecistectomía y reparación de la fístula bilioentérica, condicionado por el estado clínico del paciente.



Conclusiones

- El íleo biliar es una causa rara de obstrucción intestinal aguda que requiere un alto índice de sospecha.
- El TC es la técnica de imagen de elección, permite establecer la causa de la obstrucción, identificar y localizar el cálculo y valorar la existencia de complicaciones. Dicha información es fundamental para un correcto manejo del paciente y disminuir su morbimortalidad.