



CIRUGÍA y CIRUJANOS

Órgano de difusión científica de la Academia Mexicana de Cirugía
Fundada en 1933

www.amc.org.mx www.elsevier.es/circir



CASO CLÍNICO

Íleo biliar posterior a colangiopancreatografía retrógrada endoscópica

Ana Belén Aláez-Chillarón*, Iñaki Moreno-Manso, Francisco José Martín-Vieira, Mohamed Fadel Mojtar y Enrique Pérez-Merino

Área de Cirugía General y Aparato Digestivo, Hospital Virgen de Altagracia de Manzanares, Ciudad Real, España

Recibido el 26 de marzo de 2015; aceptado el 24 de septiembre de 2015

PALABRAS CLAVE

Íleo biliar;
Fístula bilioentérica;
Colangiopancreatografía retrógrada endoscópica

Resumen

Antecedentes: El íleo biliar está causado por la salida de un cálculo de la vesícula biliar o de la vía biliar al intestino delgado, produciendo un cuadro de obstrucción intestinal al quedar dicho cálculo enclavado, generalmente, en un asa de intestino delgado.

Caso clínico: Mujer de 78 años de edad, que acude a urgencias por un cuadro de obstrucción intestinal. Tras el estudio de la posible causa, se decide realizar una laparotomía exploradora en la que se observó un cálculo biliar enclavado en el íleon terminal, que es el causante de la obstrucción; sin observarse fístula entre la vesícula o la vía biliar y el intestino. Como antecedentes tiene que unos meses previos al cuadro clínico se le realizó una colangiopancreatografía retrógrada endoscópica, y este se consideró como el origen del paso del cálculo al intestino delgado a través de la esfinterotomía realizada.

Conclusión: Son pocos los casos descritos cuya causa de un íleo biliar sea el antecedente de una colangiopancreatografía retrógrada endoscópica. En estos casos la obstrucción intestinal suele ocurrir meses después de la colangiopancreatografía, con lo que el diagnóstico suele retrasarse. El tratamiento definitivo suele ser la cirugía, que consiste en la extracción del cálculo mediante enterotomía, colecistectomía, y no se requiere la reparación de la fístula biliar, puesto que no se forma.

© 2015 Academia Mexicana de Cirugía A.C. Publicado por Masson Doyma México S.A. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

KEYWORDS

Gallstone ileus;
Biliary enteric fistula;
Endoscopic retrograde cholangiopancreatography

Gallstone ileus after endoscopic retrograde cholangiopancreatography

Abstract

Background: The gallstone ileus is caused by the exit of a gallstone from the gallbladder or bile duct into the small intestine, resulting in bowel obstruction if this stone is stuck in a small bowel loop.

* Autor para correspondencia: Calle Centauro, 4, Portal 2, 4.º B, 13005 Ciudad Real, España, Tel./fijo: +0034926675122.
Correo electrónico: anabelenalaez@hotmail.com (A.B. Aláez-Chillarón).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.circir.2015.09.008>

0009-7411/© 2015 Academia Mexicana de Cirugía A.C. Publicado por Masson Doyma México S.A. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Cómo citar este artículo: Aláez-Chillarón AB, et al. Íleo biliar posterior a colangiopancreatografía retrógrada endoscópica. Cirugía y Cirujanos. 2015. <http://dx.doi.org/10.1016/j.circir.2015.09.008>

Clinical case: The case is presented of a 78 year-old woman with an episode of intestinal obstruction. After studying the main cause of the obstruction, it was decided to perform a laparotomy where a gallstone located into the terminal ileum was causing the obstruction. No fistula was observed between the gallbladder and the bile duct and the intestinal tract. It is important to note the history of an endoscopic retrograde cholangiopancreatography performed few months before, as it would probably be the cause of the passage of the gallstone to the small bowel.

Conclusion: Few reports of gallstone ileus have been described in the literature after performing an endoscopic retrograde cholangiopancreatography. In these cases the intestinal obstruction usually occurs several months after the endoscopic retrograde cholangiopancreatography, so the diagnosis is often delayed. Surgery is usually the definitive treatment and it consists of the removal the stone by enterotomy and performing a cholecystectomy. It is not necessary to repair the biliary enteric fistula since this is non-existent.

© 2015 Academia Mexicana de Cirugía A.C. Published by Masson Doyma México S.A. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Antecedentes

El íleo biliar está causado por la salida de un cálculo procedente de la vesícula biliar o de la vía biliar al intestino delgado, produciendo un cuadro de obstrucción intestinal al quedar dicho cálculo enclavado, generalmente, en un asa de intestino delgado. De acuerdo a Sivagnanam et al.¹ El primero en describirlo fue Erasmus Bartholin en 1654, pero fue Leo Rigler en 1941 quien describió la tríada de aerobilia, obstrucción intestinal y cálculo enclavado en intestino. Para que el íleo biliar se produzca, debe existir una fístula o la comunicación entre la vesícula o la vía biliar y algún tramo del intestino delgado. Obviamente, la aerobilia no es patognomónica del íleo biliar, ya que la causa más frecuente es tras la realización de una colangiopancreatografía retrógrada y una esfinterotomía endoscópica. El íleo biliar es más frecuente en pacientes mayores de 60-65 años de edad, y suele producirse después de una colecistitis o colangitis, que produce una fístula entre una de estas 2 estructuras y el duodeno o el intestino delgado. A través de esta fístula se produce el paso de un cálculo, produciendo la obstrucción intestinal.

Son pocos los casos descritos de íleo biliar en los que se observó que el paso del cálculo biliar se produjo a través de una esfinterotomía endoscópica, debido a que esta esfinterotomía suele ser de milímetros de diámetro, y el cálculo que pasa al intestino delgado también lo es, por lo que suele ser expulsado sin complicación alguna.

El objetivo es comunicar el caso clínico de una mujer que presentó íleo biliar asociado al antecedente de coledocolitiasis, resuelta por colangiopancreatografía retrógrada endoscópica meses atrás en paciente no colecistectomizada.

Caso clínico

Mujer de 78 años de edad, que acudió a urgencias por dolor abdominal de 24h de evolución, refería sensación nauseosa sin llegar a vomitar y sin alteración del

tránsito intestinal. Como antecedentes de interés destacaban: una intervención quirúrgica hace 25 años por úlcera péptica en la que se realizó una gastrectomía subtotal; y 6 meses atrás presentó un episodio de colecistitis y coledocolitiasis, que se resolvió mediante colangiopancreatografía retrógrada endoscópica con extracción de varios cálculos y con esfinterotomía endoscópica. La paciente rechazó la colecistectomía posteriormente.

En la valoración inicial en el servicio de urgencias se encontraba estable hemodinámicamente y afebril, con abdomen blando, depresible, doloroso de forma difusa, aunque más intenso en hipocondrio derecho, sin presentar signos de irritación peritoneal. Había acudido al servicio de urgencias por cuadros de dolor abdominal inespecíficos en los últimos 2 meses, que se resolvieron con analgesia intravenosa, sin encontrar ningún hallazgo significativo en los estudios realizados.

En los resultados de laboratorio destacó una discreta leucocitosis de 12,300 mil/mm³, con transaminasas y amilasa normales; sin otros hallazgos destacables. En la radiografía de abdomen se observó un asa de intestino delgado dilatada, pero sin niveles hidroaéreos. Se decidió el ingreso y el estudio de la paciente, puesto que el dolor no remitía con analgesia pautada.

Se le realizó una ecografía de abdomen que fue descrita como: vesícula de paredes finas, sin contenido y con una pequeña lengüeta de líquido libre perivesicular. La vía biliar se encontraba en el límite alto de la normalidad de 8 mm de diámetro.

La paciente empeoró clínicamente y se agregaron vómitos abundantes, por lo que se decidió colocar sonda nasogástrica que drenó abundante contenido bilioso.

Se solicitó tomografía computada abdominal, que describía aerobilia en el colédoco y en la vía intrahepática izquierda, observándose una dilatación de las asas de intestino delgado, hasta un punto en el flanco derecho, con morfología en «donut» (aproximadamente 3.5 cm de diámetro), con normalización del calibre de las asas distales (fig. 1). Por lo que se decidió realizar una intervención

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/8831148>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/8831148>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)