



## Íleo biliar

### *Biliary ileus*

Enia Ramón Musibay<sup>1\*</sup> <https://orcid.org/0000-0003-1170-3441>

René Santiago Borges Sandrino<sup>1</sup> <https://orcid.org/0000-0002-4658-1475>

César Masó Sánchez<sup>1</sup> <https://orcid.org/0009-0006-7984-8523>

Yoservis López Linares<sup>1</sup> <https://orcid.org/0000-0003-4815-0577>

<sup>1</sup> Hospital Militar Central “Dr. Carlos J. Finlay”. La Habana, Cuba.

\*Autor para la correspondencia. Correo electrónico: [musibay576@gmail.com](mailto:musibay576@gmail.com)

## RESUMEN

**Introducción:** El íleo biliar es una causa inusual de abdomen agudo quirúrgico que se produce por el impacto de un cálculo biliar en un segmento del tracto gastrointestinal, lo que origina una oclusión intestinal mecánica.

**Objetivo:** Presentar un caso infrecuente de íleo biliar.

**Caso clínico:** Paciente de 76 años de edad que acudió al centro de urgencias por presentar dolor abdominal tipo cólico de tres días de evolución, vómitos, aumento de volumen del abdomen y constipación. Se realizó laparotomía exploradora y se

encontró un lito impactado en el yeyuno con necrosis de este (que requirió resección con anastomosis termino-terminal) y un proceso fibrinoplástico a nivel de la vena biliar (que se mantiene en seguimiento por consulta externa).

**Conclusiones:** El íleo biliar constituye una causa infrecuente de oclusión intestinal mecánica que, por lo general, conlleva a la enterotomía con extracción del lito. Se presentó un caso inusual, con compromiso vascular del segmento impactado que requirió resección y anastomosis.

<http://revcimeq.sld.cu/index.php/imq>

[revinmedquir@infomed.sld.cu](mailto:revinmedquir@infomed.sld.cu)

Bajo licencia Creative Commons





2025; 17: e903

**Palabras clave:** abdomen agudo; cálculo biliar; laparotomía.

## ABSTRACT

**Introduction:** Biliary ileus is an unusual cause of acute surgical abdomen that is caused by the impact of a gallstone on a segment of the gastrointestinal tract, resulting in mechanical intestinal occlusion.

**Objective:** To present an infrequent case of biliary ileus.

**Clinical case:** A 76-year-old patient went to the emergency center due to colic-like abdominal pain of three days' duration, vomiting, increased abdominal volume, and constipation. An exploratory laparotomy was performed and an impacted stone was found in the jejunum with necrosis (which required

resection with end-to-end anastomosis) and a fibrinoplastic process at the level of the bile duct (which is being followed up in an outpatient clinic).

**Conclusions:** Biliary ileus is a rare cause of mechanical intestinal occlusion that usually leads to enterotomy with removal of the litho. An unusual case was presented, with vascular involvement of the impacted segment that required resection and anastomosis.

**Keywords:** acute abdomen; gallstone; laparotomy.

Recibido: 24/10/2024

Aceptado: 17/12/2024

## INTRODUCCIÓN

El íleo biliar es responsable de hasta el 3 % de las oclusiones intestinales mecánicas y una causa infrecuente de abdomen agudo quirúrgico. Se produce por el impacto de uno o varios cálculos biliares que llegan al tracto gastrointestinal a través de una fístula bilioentérica.<sup>(1)</sup>

Los primeros reportes de íleo biliar corresponden a *Bartholín*, en 1645 durante la realización de una autopsia. Dos siglos más tarde, en 1872, *Roth* comunicó una incidencia de fístulas biliares

<http://revcimeq.sld.cu/index.php/imq>

[revinmedquir@infomed.sld.cu](mailto:revinmedquir@infomed.sld.cu)

Bajo licencia Creative Commons





2025; 17: e903

internas del 8 % en pacientes fallecidos por litiasis de la v á biliar y en 1890, *Courvoursier*, report ó una serie de 131 pacientes. <sup>(2)</sup>

Esta afección se observa con mayor frecuencia en acianos que superan los 70 años, con predominio del sexo femenino y una elevada morbilidad que oscila entre el 10 y el 50 %; debido a las enfermedades que se presentan a esta edad y al deterioro del estado general que tienen la mayor á de los enfermos en el momento del diagnóstico. <sup>(3, 4)</sup>

El objetivo de este trabajo es presentar un caso infrecuente de íleo biliar.

## CASO CLÍNICO

Se trata de un paciente masculino, de 76 años, raza blanca con antecedentes de hipertensión arterial controlada con enalapril 2 tabletas diarias y trastornos dispépticos consistentes en sensación de plenitud gástrica y náuseas tras la ingestión de alimentos ricos en grasas. Tres días previos a su admisión en urgencias comenzó con dolor abdominal a tipo cólico, asociado a vómitos abundantes en cantidad, de color carmelita y fétidos, aumento de volumen del abdomen, astenia y no expulsión de heces, ni de gases.

En el examen físico general se encontró pliegue cutáneo, ojos hundidos, lengua saburral y mucosas secas. Los signos vitales mostraron taquicardia de 118 latidos por minuto, cifras de tensión arterial de 110/70 mmHg y 21 respiraciones por minuto, con una temperatura axilar de 37,5 °C.

El abdomen se encontraba distendido, simétrico, doloroso a la palpación superficial y profunda a nivel de mesogastrio, sin reacción peritoneal. El timpanismo abdominal y la peristalsis estaban aumentados y la ampolla rectal se encontraba vacía.

Se realizaron exámenes de laboratorio en los que se encontró hemoglobina en 12,3 g/L, leucocitosis de  $14,6 \times 10^9/L$  (con predominio de polimorfonucleares neutrófilos), creatinina en 102 mmol/L. El coagulograma mostró coágulo retráctil y plaquetas en  $230 \times 10^9/L$ . La gasometría

<http://revcimeq.sld.cu/index.php/imq>

[revinmedquir@infomed.sld.cu](mailto:revinmedquir@infomed.sld.cu)

Bajo licencia Creative Commons



2025; 17: e903

reflejó una acidosis metabólica y en el ionograma se corroboró la presencia de hiponatremia e hipocloremia.

En la radiografía de abdomen simple se observaron algunos niveles hidroaéreos centrales. En la ecografía abdominal se constató aumento del patrón gaseoso, dilatación de asas delgadas, asa fija hacia hipocondrio derecho, edema y escaso líquido interasas, así como signo de vaivén.

Con los elementos descritos en el examen físico y exámenes complementarios se planteó el diagnóstico de oclusión intestinal mecánica y se decidió realizar tratamiento quirúrgico. Se le colocó al paciente sonda de Levine y vesical, se repuso volemia y electrolitos por abordaje venoso periférico y se administró una dosis preoperatoria de antibiótico.

En la laparotomía exploradora se encontró un cálculo biliar impactado en el yeyuno (aproximadamente a 80 cm del ángulo duodenoyeyunal), con necrosis, fibrina, micro perforación de la zona impactada y dilatación retrógrada de las asas intestinales. Hacia el hipocondrio derecho se observó un proceso fibrinoplástico que impidió visualizar la vesícula y la v. biliar (figura 1).



**Fig. 1-** Cálculo impactado en el yeyuno con necrosis de una porción de este

<http://revcimeq.sld.cu/index.php/imq>

[revinmedquir@infomed.sld.cu](mailto:revinmedquir@infomed.sld.cu)

Bajo licencia Creative Commons





2025; 17: e903

Se realizó resección intestinal del segmento comprometido con anastomosis termino-terminal en dos planos de sutura. El paciente tuvo evolución favorable y fue egresado al octavo día del postoperatorio. Se mantiene en seguimiento por la consulta externa para valoración posterior y tratamiento definitivo de la litiasis vesicular, una vez que exista remisión del proceso fibrinoplástico encontrado en el acto operatorio. Los hallazgos anatomopatológicos confirmaron el diagnóstico de íleo biliar (figuras 2 y 3).



**Fig. 2-** Lito en zona de impactación en el yeyuno.



**Fig. 3-** Imagen del cálculo

<http://revcimeq.sld.cu/index.php/imq>

[revinmedquir@infomed.sld.cu](mailto:revinmedquir@infomed.sld.cu)

Bajo licencia Creative Commons







2025; 17: e903

## COMENTARIOS

El íleo biliar se produce, por lo general, luego de un proceso inflamatorio agudo de etiología litiasica de la vesícula o la v. biliar principal, en el cual se produce una afectación del flujo sanguíneo que unido al lito y al aumento de la presión intraluminal predisponen a la erosión, perforación y comunicación con el tubo digestivo. Es más frecuente en las mujeres y su rango de mayor incidencia se encuentra entre los 65 y 75 años, <sup>(5,6)</sup> aspectos que difieren del caso reportado por tratarse de un paciente masculino y sin antecedentes de enfermedad litiasica de la v. biliar, con más de 75 años.

Se plantea que el sitio más común de asentamiento de los cálculos es el íleon terminal y la válvula ileocecal; con menor frecuencia se pueden impactar en el yeyuno (como en el caso que se presentó), ligamento de Treitz, estómago, duodeno y colon. <sup>(7)</sup>

El diagnóstico preoperatorio solo se realiza en el 40 % de los afectados, debido a la intermitencia de los síntomas y a la sospecha de otras posibles causas de oclusión en edades avanzadas. La triada radiológica descrita por *Rigler*, que consiste en distensión de asas delgadas con niveles hidroaéreos, signos de aerobilia y la imagen litiasica radio opaca que cambia de posición con los movimientos del paciente, son específicos de esta afección; sin embargo, en este enfermo, al igual que en la mayoría de los casos, no se visualizó debido a la interposición del patrón gaseoso, como ocurre también en la ecografía abdominal. La tomografía axial computarizada es útil en algunas ocasiones. <sup>(8, 9, 10)</sup>

El tratamiento es quirúrgico y consiste en enterotomía y extracción del lito, si existe compromiso vascular del segmento afectado será necesaria su resección. <sup>(11)</sup> No existe consenso para el tratamiento de la fístula bilioentérica, aunque la mayor parte de los autores concuerdan en tratarla de manera secundaria. Dentro de los que apoyan esta conducta se encuentra *Cubillos*, <sup>(12)</sup> que plantea que el tratamiento debe ser solo la enterotomía y extracción de los cálculos y reserva la corrección simultánea de la fístula para los pacientes con buen estado general. El mismo autor realizó el seguimiento a los pacientes sometidos a enterolitotomía sin tratamiento de la fístula y

<http://revcimeq.sld.cu/index.php/imq>

[revinmedquir@infomed.sld.cu](mailto:revinmedquir@infomed.sld.cu)

Bajo licencia Creative Commons





2025; 17: e903

comprobó que esta tiene tendencia a desaparecer de forma espontánea. Otros autores informan resultados similares con el tratamiento simultáneo.<sup>(13, 14, 15)</sup>

En el caso que se presentó la justificación de la laparotomía de urgencia se sustentó en el diagnóstico de oclusión intestinal mecánica y a pesar de los antecedentes dispépticos no se sospechó la etiología litiasica en el preoperatorio. Luego del diagnóstico transoperatorio, se consideró prudente solo tratar la causa de la oclusión que requirió la extracción del cálculo y la resección intestinal por la presencia de compromiso de la vascularización de las asas intestinales involucradas y tratar la fístula con posterioridad para disminuir la posibilidad de complicaciones, debido al mal estado general del paciente; el cual se recuperó de manera satisfactoria.

El íleo biliar constituye una causa infrecuente de oclusión intestinal mecánica que, por lo general, conlleva a la enterotomía con extracción del lito. Se presentó un caso inusual, con compromiso vascular del segmento impactado que requirió resección y anastomosis.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Scuderi V, Adamo V, Naddeo M, Di Natale W, Boglione L, Cavalli S. Gallstone ileus: monocentric experience looking for the adequate approach. Updates Surg. 2018 70 (4): 503-511. DOI: 10.1007/s13304-017-0495-z.

2. 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 acceso: 10/10/2024]; 61 (1): 106-10. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10395987/pdf/04435117-61-1-106.pdf>

3. Ploneda Valencia CF, Gallo Morales M, Rinchon C, Navarro Muñoz E, Batista López CA, de la Cerda Trujillo LF, Rea Azpeitia LA, López Lizarrag CR. El íleo biliar: una revisión de la literatura médica. Rev Gastroenterol Mex. 2017; 82(3): 248-254. <https://doi.org/10.1016/j.rgmex.2016.07.006>

<http://revcimeq.sld.cu/index.php/imq>  
[revinmedquir@infomed.sld.cu](mailto:revinmedquir@infomed.sld.cu)

Bajo licencia Creative Commons





2025; 17: e903

4. Sertkaya M, Emre A, Akbulut S, Vicdan H, Şanlı AN. A typical gallstone ileus: Clinical, radiological and operational findings. Turk J Gastroenterol. 2019; 30 (4): 377-80. DOI: [10.5152/tjg.2018.18347](https://doi.org/10.5152/tjg.2018.18347)

5. Suárez Cuevas A, Rodríguez Marrero ON, Albertini López G. Oclusión intestinal mecánica por íleo biliar. Reporte de caso. Rev Med Electrónica [Internet]. 2023 [acceso: 10/10/2024]; 45 (6): 1052-1060. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1684-18242023000601052&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242023000601052&lng=es)

6. León G, Le Marie AS, Duarte Ropero NL. Íleo Biliar. Descripción de un caso. Experiencia institucional. Revista Científica “Conecta Libertad” [Internet]. 2020 [acceso: 10/10/2024]; 4(2): 121–126. Disponible en: <http://revistaitsl.itslibertad.edu.ec/index.php/ITSL/article/view/137>.

7. Bueno Cañones AD, Bailón Cuadrado M, Asensio Díaz E, Pacheco Sánchez D. Íleo biliar. Reporte de casos. Rev Cir [Internet]. 2020 [acceso: 10/10/2024]; 72(5): 468-471. Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2452-454920200005000468&lng=es](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2452-454920200005000468&lng=es)

8. Hurtado Y, Agudelo H, Merchán Galvis Á. Íleo biliar en adulto joven. Reporte de un caso. Universidad y Salud. 2019; 22 (1): 96-101. <https://doi.org/10.22267/rus.202201.180>

9. Requena López AA, Mata Samperio BK, Solís Almanza F, Casillas Vargas R, Cuadra Reyes LA. Comparison between surgical techniques in gallstone ileus and out-comes. Cir. 2020; 88: 292-6. <https://doi.org/10.24875/CIRU.19001264>

10. Chang L, Chang M, Chang HM, Chang AI, Chang F. Clinical and radiological diagnosis of gallstone ileus: a mini review. Emerg Radiol. 2018; 25 (2): 189-196. DOI: 10.1007/s10140-017-1568-5

11. Ibrarullah M, Samantaray PK, Meher S, Bruno WH. Gallstone ileus of upper gastrointestinal tract: A case series. Indian J Gastroenterol. 2019; 38 (3): 273-275. DOI: 10.1007/s12664-019-00954-7

<http://revcimeq.sld.cu/index.php/imq>  
[revinmedquir@infomed.sld.cu](mailto:revinmedquir@infomed.sld.cu)

Bajo licencia Creative Commons







2025; 17: e903

12. Cubillos L, Cruz O, Tapia A, Zuñiga J, Palladines G. Íleo biliar. Experiencia clínica actualizada y seguimiento. Rev Chil Cirugía. 1991; 43:142-9.

13. Eduardo Higuera E, Puerta Navarro JA, Theran León JS, Esteban Badillo LY, Villalobos Ariza MA. Obstrucción intestinal por íleo biliar. Presentación de caso. Rev Colomb Radiol. 2021; 32(4): 5653-5. DOI: <https://doi.org/10.53903/01212095.80>

14. Avilez Arias JM., Cabral Martínez A. Fístula colecistoentérica como causa de íleo biliar: hallazgos tomográficos. Cirugía Andaluza. 2023; 34(1), 73-76. doi:10.37351/2021341.13

15. Loaiza Merino IP, Cortez Barragán J, Paredes Regalado VA. Reporte de un caso: íleo biliar. Rev UNIANDES Ciencias de la Salud. 2024; 7 (2): 208-218. <https://doi.org/10.61154/rucs.v7i2.3436>

### Conflictos de intereses

Los autores no refieren conflictos de intereses.

<http://revcimeq.sld.cu/index.php/imq>

[revinmedquir@infomed.sld.cu](mailto:revinmedquir@infomed.sld.cu)

Bajo licencia Creative Commons

